

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института ИМФО
И.И. Свиридова
«27» июня 2024г.

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета Института
ИМФО
№18 от «24» июня 2024 г.



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам

Наименование дисциплины: **Терапия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.49 Терапия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-терапевт**

Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2024

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	Зав. кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Чумачек Елена Валерьевна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия.

Рассмотрен и одобрен на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, протокол №4 от 20.05.2024

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор

 С. В. Недогода

Рецензенты:

начальник ГБУЗ «ВОКГВВ», главный внештатный специалист терапевт Волгоградской области, главный внештатный специалист гериатр Волгоградской области, к.м.н. О.В.Кириллов

заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, д.м.н, профессор М.Е. Стаценко

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № *12 от 27.06.2024*

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № *18 от 27.06.2024*

Секретарь Ученого совета



М.В. Кабытова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Коды компетенций	Название компетенции	Краткое содержание и структура компетенции		
		ИУК/ИОПК- 1 знать	ИУК/ИОПК - 2 уметь	ИУК/ИОПК - 3 владеть
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии	навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации
УК-2	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	специфику нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение научных исследований и представление их результатов	принимать участие в разработке и управлении проектом	выполнять задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля в сфере научных исследований
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	принципы разработки командной стратегии деятельности для достижения целей организации	организовывать и руководить работой команды для достижения поставленных целей	демонстрировать лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей

УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	принципы профессионального и личностного развития	проводить самооценку достижения собственных результатов	реализовывать индивидуальный план развития
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	Использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка	Составлять план работы и отчет о своей работе Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Оформление паспорта врачебного участка граждан в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Организация деятельности терапевтического кабинета в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну

				<p>Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда</p> <p>Организация взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания пациента в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"</p>
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности</p> <p>Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-</p>	<p>Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p>	<p>Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листков нетрудоспособности</p> <p>Подготовка и оформление необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Направление пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу</p>

		социальной экспертизы		
ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа</p> <p>Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка</p>	<p>Составлять план работы и отчет о своей работе</p> <p>Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну</p> <p>Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения</p> <p>Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности</p> <p>Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p>	<p>Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>Оформление паспорта врачебного участка граждан в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению</p> <p>Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>Организация деятельности терапевтического кабинета в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"</p> <p>Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну</p> <p>Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда</p>

2. Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.html> . - Режим доступа : по подписке
2. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.html> . - Режим доступа : по подписке.
3. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.html>
4. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.html>
5. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. - 4-е изд. , перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 672 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-7028-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470282.html>

Дополнительная литература:

1. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html>
2. Врачебная экспертиза нетрудоспособности: учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. - 165, [3] с.- Текст : непосредственный
3. Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благоданова [и др.] ; под ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-7217-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472170.html>
4. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. - 4-е изд. , перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 672 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-7028-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470282.html>

5. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Щепин О.П., Медик В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - (Послевузовское образование). - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422168.html>
6. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>
7. Организация и управление деятельностью больницы : учебно-метод. пособие / Сабанов В. И., Дьяченко Т. С., Иваненко В. В. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 88 с. - Текст : непосредственный.
8. Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html>
9. Понкина, А. А. Права врачей / Понкина А. А. , Понкин И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-5432-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454329.html>
10. Романов, А. И. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации / Романов А. И., Кеворков В. В. - Москва : Дело, 2016. - 394 с. - ISBN 978-5-7749-1126-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785774911264.html>
11. Чернышев, В. М. Экономические основы эффективного управления медицинской организацией / Чернышев В. М. , Пушкарев О. В. , Стрельченко О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-6306-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463062.html>
12. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / под ред. Амлаева К. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-5237-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452370.html>
13. Шипунов, Д. А. Основы управления медицинской организацией : учебно-метод. пособие / Д. А. Шипунов, В. В. Шкарин, Н. П. Багметов ; ВолгГМУ Минздрава РФ, Каф. обществ. здоровья и здравоохранения фак. усовершенствования врачей. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 45, [3] с. : ил. - Текст : непосредственный.
14. Трифонов, И. В. Эффективный начмед : практическое руководство по управлению лечебным

- процессом в многопрофильном стационаре / Трифонов И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 72 с. - ISBN 978-5-9704-5236-3. - Текст : электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452363.html>. - Режим доступа : по подписке
15. Статистика медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению : учебное пособие / В. В. Шкарин, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева, О. С. Емельянова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 100 с. — ISBN 978-5-9652-0800-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295919> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
 16. Шкарин, В. В. Повышение эффективности здравоохранения – научные и практические аспекты : монография / В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 248 с. — ISBN 978-5-9652-0721-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/250133> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
 17. Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295913> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
 18. Шкарин, В. В. Лучшие образовательные практики (кейсы) Волгоградского государственного медицинского университета : коллективная монография / В. В. Шкарин, В. И. Петров, С. В. Поройский ; под ред. В. В. Шкарина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 336 с. — ISBN 978-5-9652-0776-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295874> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
 19. Экспертиза временной нетрудоспособности : учебное пособие / В. В. Шкарин, А. С. Рогова, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 152 с. — ISBN 978-5-9652-0785-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295892> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
 20. Шкарин, В. В. Статистические показатели деятельности стационара : учебное пособие / В. В. Шкарин, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева. — 2-е изд., испр. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 80 с. — ISBN 978-5-9652-0737-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/250154> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...	а) государственное социальное страхование;	Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.htm 1. - Режим доступа : по подписке
2.	Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...	б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-

		территории РФ;	9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
3.	Временная нетрудоспособность – это ...	в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме	Врачебная экспертиза нетрудоспособности: учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолгГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. - 165, [3] с.- Текст : непосредственный

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	К характеристикам качества медицинской помощи относится:	г) совокупность вышеуказанных характеристик	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm <u>1</u> Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.htm <u>1</u>
2.	Виды контроля качества медицинской помощи:	д) все вышеперечисленное верно	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html
3.	Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:	б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;	Шипунов, Д. А. Основы управления медицинской организацией : учебно-метод. пособие / Д. А. Шипунов, В. В. Шкарин, Н. П. Багметов ; ВолгГМУ Минздрава РФ, Каф. обществ. здоровья и здравоохранения

			фак. усовершенствования врачей. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 45, [3] с. : ил. - Текст : непосредственный
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:	а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html
2.	Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...	а) государственное социальное страхование;	Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благоданова [и др.] ; под ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-7217-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472170.html
3.	Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ... а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;	б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;	Чернышев, В. М. Экономические основы эффективного управления медицинской организацией / Чернышев В. М. , Пушкарев О. В. , Стрельченко О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-6306-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463062.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	специфику нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение научных исследований и представление их результатов
--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:	б) до 15 дней;	Врачебная экспертиза нетрудоспособности : учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. - 165, [3] с.- Текст : непосредственный
2.	При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...	б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;	Врачебная экспертиза нетрудоспособности : учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. - 165, [3] с.- Текст : непосредственный
3.	К характеристикам качества медицинской помощи относится:	г)совокупность вышеуказанных характеристик	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст :

		электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm . - Режим доступа : по подписке.
--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	принимать участие в разработке и управлении проектом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Виды контроля качества медицинской помощи	д) все вышеперечисленное верно	Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.htm .
2.	Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...	б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;	Трифонов, И. В. Эффективный начмед : практическое

			руководство по управлению лечебным процессом в многопрофильном стационаре / Трифонов И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 72 с. - ISBN 978-5-9704-5236-3. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452363.html . - Режим доступа : по подписке
3.	Болезненность - это	в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / под ред. Амлаева К. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-5237-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452370.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	выполнять задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля в сфере научных исследований

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		

1.	Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:	а) 50–55 %;	Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.htm I. - Режим доступа : по подписке
2.	При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:	е) все вышеперечисленные	Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html
3.	Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:	б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Щепин О.П., Медик В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - (Послевузовское образование). - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : - http://www.studentlib

		rare.ru/book/ISBN9785970422168.html
--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	принципы разработки командной стратегии деятельности для достижения целей организации

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Медицинский осмотр представляет собой комплекс вмешательств, направленных на	б) выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / под ред. Амлаева К. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-5237-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452370.html
2.	Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:	в) и то, и другое верно	Трифонов, И. В. Эффективный начмед : практическое руководство по управлению лечебным процессом в

			<p>многопрофильном стационаре / Трифонов И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 72 с. - ISBN 978-5-9704-5236-3. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452363.html. - Режим доступа : по подписке</p>
3.	Эффективность мероприятий первичной и вторичной профилактики определяется в первую очередь:	а) снижением заболеваемости и смертности у лиц трудоспособного возраста	<p>Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	организовывать и руководить работой команды для достижения поставленных целей

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Как называются средства производства, функционирующие в течение производственного	б) оборотные средства	Чернышев, В. М. Экономические основы

	цикла и переносящие свою стоимость на услугу целиком		<p>эффективного управления медицинской организацией / Чернышев В. М. , Пушкарев О. В. , Стрельченко О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-6306-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463062.html</p>
2.	Под эффективностью системы здравоохранения понимают:	д) рациональное использование имеющихся ресурсов с целью получения максимальных результатов	<p>Чернышев, В. М. Экономические основы эффективного управления медицинской организацией / Чернышев В. М. , Пушкарев О. В. , Стрельченко О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-6306-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463062.html</p>
3.	Комплексную оценку здоровья трудоспособного населения определяют показатели:	г) распределение по группам здоровья	<p>Шкарин, В. В. Лучшие образовательные практики (кейсы) Волгоградского государственного медицинского университета : коллективная монография / В. В. Шкарин, В. И. Петров, С. В. Поройский ; под ред. В. В. Шкарина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 336 с. — ISBN 978-5-9652-</p>

			0776-3. — Текст : электронный // Лань : электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/ book/295874 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	демонстрировать лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Застраивать земельный участок инфекционной больницы необходимо по системе:	б) децентрализованной	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html

2.	Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким	а) стационарная	Шкарин, В. В. Статистические показатели деятельности стационара : учебное пособие / В. В. Шкарин, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева. — 2-е изд., испр. — Волгоград : ВолГМУ, 2022. — 80 с. — ISBN 978-5-9652-0737-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250154 . — Режим доступа: для авториз. пользователей
3.	Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если	в) ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей	Понкина, А. А. Права врачей / Понкина А. А. , Понкин И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-5432-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454329.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	принципы профессионального и личностного развития

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	К виду медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи относят помощь	первичную медико-санитарную	Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.html . - Режим доступа : по подписке
2.	Рекомендуемые штатные нормативы структурного подразделения медицинской организации включены в	порядки оказания медицинской помощи	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html
3.	При планировании деятельности структурного подразделения медицинской организации важная роль принадлежит аналитическому, сравнительному, нормативному и _____ методам	экономическому	Шкарин, В. В. Повышение эффективности здравоохранения – научные и практические аспекты : монография / В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов. — Волгоград : ВолгГМУ,

		2022. — 248 с. — ISBN 978-5-9652-0721-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250133 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	проводить самооценку достижения собственных результатов

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	По виду медицинской деятельности к лечебно-профилактическим медицинским организациям относят	диспансер кожно-венерологический	Трифонов, И. В. Эффективный начмед : практическое руководство по управлению лечебным процессом в многопрофильном стационаре / Трифонов И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 72 с. - ISBN 978-5-9704-5236-3. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN97859

			70452363.html . - Режим доступа : по подписке
2.	Сроки проведения ультразвуковых исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать ____ календарных дней	14	Шкарин, В. В. Повышение эффективности здравоохранения – научные и практические аспекты : монография / В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 248 с. — ISBN 978-5-9652-0721-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250133 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3.	Медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях, состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, отсрочка оказания которой не повлечет за собой угрозу жизни и здоровью пациента, является	плановой	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. - 4-е изд. , перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 672 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-7028-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470282.htm <u>1</u>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Владеть
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	реализовывать индивидуальный план развития

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	К медицинским организациям особого типа относят	бюро судебно-медицинской экспертизы	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm
2.	К медицинским организациям по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека относят центр	гигиенического образования населения	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm 1 . - Режим доступа : по подписке.
3.	Время доезда до пациента выездной бригады при оказании скорой медицинской помощи в неотложной форме не должно превышать _____ часа/часов с момента ее вызова	2	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm 1

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда оговорен	приказом	Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.htm I . - Режим доступа : по подписке
2.	Выраженное опасное и вредное производственное воздействие на организм оказывают _____ факторы	химические	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm I . - Режим доступа : по подписке.
3.	Выраженное опасное и вредное производственное воздействие на организм оказывают _____ факторы	биологические	Врачебная экспертиза нетрудоспособности: учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО

		"ВолгГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. - 165, [3] с.- Текст : непосредственный
--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Выраженное опасное и вредное производственное воздействие на организм оказывают _____ факторы	физические	Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.htm 1. - Режим доступа : по подписке
2.	Выраженное опасное и вредное производственное воздействие на организм могут оказывать	факторы трудового процесса	Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под

			ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html
3.	Наркотики и психотропные препараты по природе воздействия на организм относят к _____ факторам	химическим	Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		

1.	При проведении предварительных и периодических осмотров всем обследуемым в обязательном порядке проводят	цифровую флюорографию или рентгенографию органов грудной клетки	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html
2.	Требования безопасности к персоналу при работе в структурных подразделениях медицинских организаций утверждены типовыми _____ по охране труда	инструкциями	Организация и управление деятельностью больницы : учебно-метод. пособие / Сабанов В. И., Дьяченко Т. С., Иваненко В. В. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 88 с. - Текст : непосредственный.
3.	Электрический ток по природе воздействия на медперсонал относят к _____ факторам	физическим	Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа</p> <p>Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Обязанности по организации проведения предварительных и периодических осмотров работников возлагаются на	работодателя	<p>Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.htm</p> <p>1. - Режим доступа : по подписке</p>

2.	Физические перегрузки по природе воздействия на организм относят к факторам	трудового процесса	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
3.	Медицинская организация после завершения периодического медицинского осмотра предоставляет заключительный акт не позднее чем через (в днях)	30	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Щепин О.П., Медик В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - (Послевузовское образование). - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422168.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Составлять план работы и отчет о своей работе Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в

	<p>распоряжении медицинского персонала Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p>
--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	В деятельности менеджеров первичного звена важная роль принадлежит	работе с людьми, межличностным отношениям, техническому исполнению	Чернышев, В. М. Экономические основы эффективного управления медицинской организацией / Чернышев В. М., Пушкарев О. В., Стрельченко О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-6306-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463062.html
2.	Выполнение повседневных задач, мотивирование подчиненных, предоставление им технической помощи определяют на _____ уровне управления	низшем	Организация и управление деятельностью больницы : учебно-метод. пособие / Сабанов В. И., Дьяченко Т. С., Иваненко В. В. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 88 с. - Текст : непосредственный
3.	К социально-психологическому методу в управлении относят	убеждение	Романов, А. И. Маркетинг и конкурентоспособно

		<p>сть медицинской органи- зации / Романов А. И., Кеворков В. В. - Москва : Дело, 2016. - 394 с. - ISBN 978- 5-7749-1126-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785774911264.html</p>
--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
<p>ОПК- 2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Оформление паспорта врачебного участка граждан в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Организация деятельности терапевтического кабинета в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда Организация взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых,</p>

	врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания пациента в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"
--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Продолжительность сверхурочной работы допускается для каждого работника до _____ часов в год	120	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / под ред. Амлаева К. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-5237-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452370.html
2.	Графики сменной работы доводят до сведения работников за _____ до введения их в действие	1 месяц	Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.htm 1. - Режим доступа : по подписке
3.	Персональную ответственность за своевременность выплаты	руководитель	Организация и управление

	заработной платы несет _____ медицинской организации	деятельностью больницы : учебно- метод. пособие / Сабанов В. И., Дьяченко Т. С., Иваненко В. В. и др. ; Минздравсоцразвит ия РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 88 с. - Текст : непосредственный
--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности</p> <p>Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	В классе инфекционных болезней одним из наиболее продолжительных, трудно поддающихся лечению заболеваний, которое приводит к длительной нетрудоспособности, является	туберкулез	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm
2.	По критериям ВОЗ эпидемический порог заболеваемости туберкулезом составляет ____ случаев на 100 000 населения	100	Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.htm
3.	В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин второе место занимают злокачественные опухоли	тела матки	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 672 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-7028-2. - Текст : электронный //

		ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470282.htm
--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Факт наличия инвалидности у освидетельствуемых граждан устанавливает	бюро медико-социальной экспертизы	Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9

			785970445754.html
2.	К социально значимым заболеваниям населения относится	сахарный диабет	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html . - Режим доступа : по подписке.
3.	Критерием, служащим для определения III группы инвалидности, является нарушение способности к	передвижению и обучению I степени	Врачебная экспертиза нетрудоспособности: учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолгГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. - 165, [3] с.- Текст : непосредственный

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и

	<p>выдача листов нетрудоспособности Подготовка и оформление необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы Направление пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу</p>
--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности рассчитывается на _____ работающих</p>	100	<p>Экспертиза временной нетрудоспособности : учебное пособие / В. В. Шкарин, А. С. Рогова, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 152 с. — ISBN 978-5-9652-0785-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295892 . — Режим доступа: для авториз. пользователей</p>
2.	<p>Число дней временной утраты трудоспособности рассчитывается на _____ работающих</p>	100	<p>Врачебная экспертиза нетрудоспособности: учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолгГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. - 165,</p>

			[3] с.- Текст : непосредственный
3.	Учетным признаком изучения заболеваемости является	диагноз	Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.htm <u>1</u>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Основным документом статистического учета оказания медицинской помощи в поликлинике	025-1/у	Общественное здоровье и здравоохранение :

	является учетная форма №		учебник / под ред. Амлаева К. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-5237-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452370.html
2.	Отчетная форма № 14 «Сведения о деятельности стационара» заполняется на основании учетной формы №	066/у	Шкарин, В. В. Статистические показатели деятельности стационара : учебное пособие / В. В. Шкарин, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева. — 2-е изд., испр. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 80 с. — ISBN 978-5-9652-0737-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250154 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3.	Номером статистической учетной формы «Медицинская карта стационарного больного» является	003/у	Шкарин, В. В. Статистические показатели деятельности стационара : учебное пособие / В. В. Шкарин, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева. — 2-е изд., испр. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 80 с. — ISBN 978-5-9652-0737-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250154 . —

			Режим доступа: для авториз. пользователей.
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>Составлять план работы и отчет о своей работе</p> <p>Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну</p> <p>Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения</p> <p>Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности</p> <p>Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		

1.	Уровень общей заболеваемости населения рассчитывается на основании данных отчетной формы №	12	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm . - Режим доступа : по подписке.
2.	Экстенсивные показатели применяются для определения	удельного веса части в целом	Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.htm . - Режим доступа : по подписке
3.	К показателям, которые являются количественной базой всех форм учета, относят _____ величины	абсолютные	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm <u>1</u>
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>Оформление паспорта врачебного участка граждан в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению</p> <p>Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>Организация деятельности терапевтического кабинета в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"</p> <p>Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну</p> <p>Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Факт наличия инвалидности у освидетельствуемых граждан устанавливает	бюро медико-социальной экспертизы	Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html
2.	К посещениям по поводу заболеваний относят	посещения пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением в период ремиссии	Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благонравова [и др.] ; под ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-7217-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472170.html
3.	Учету как посещения врачей подлежат	посещения пациентов в связи с получением справки о болезни ребенка	Врачебная экспертиза нетрудоспособности: учеб. пособие / Дьяченко Т. С., Багметов Н. П., Колесникова И. Ю. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолгГМУ" ; под ред. В. И. Сабанова. - Волгоград : Изд-во

			ВолгГМУ, 2011. - 165, [3] с.- Текст : непосредственный
--	--	--	--

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача. 2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан. 3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения. 4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов. 5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения. 6. Гигиеническое воспитание и образование населения. 7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни. 8. Система обязательного социального страхования в России. 9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ. 10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений. 11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности. 12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях. 13. Качество медицинской помощи, основные понятия. 14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи. 15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
---	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности. 2. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения. 3. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников. 4. Особенности изучения общей заболеваемости 5. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам. 6. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании. 7. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений. 8. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы. 9. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. 10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. 11. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах. 12. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи. 13. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу. 14. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.
---	---

	15. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p>Задача № 2.</p> <p>В городе S проживает 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p>Задача № 3.</p> <p>При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p>Задача № 4.</p> <p>Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p>Задача №5.</p> <p>По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-</p>
---	---

	ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 час.

Формы контроля – дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.1</i>	Общественное здоровье и здравоохранение	12

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.Б.1</i> Общественное здоровье и здравоохранение	1. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения. 2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 3. Особенности изучения общей заболеваемости и заболеваемости по нозологическим формам. 4. Выборочный и сплошной метод изучения заболеваемости. 5. Профилактические медицинские осмотры, их виды и организация. 6. Гигиеническое воспитание и образование населения. Определение, цели, задачи, методика гигиенического воспитания населения и оценка ее эффективности. 7. Экспертная оценка при изучении заболеваемости. 8. Врачебная экспертиза нетрудоспособности. Порядок оформления листка нетрудоспособности. 9. Определение понятия «качество медицинской помощи». Критерии качества медицинской помощи. 10. Внутренний, внешний и государственный контроль КМП.
--	--

Перечень дискуссионных тем:

<i>Б 1.Б.1</i> Общественное здоровье и здравоохранение	1. Основные законодательные акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. 2. Задачи врачей в изучении причин заболеваемости населения. 3. Здоровый образ жизни и его формирование. Факторы риска. Медицинская активность. Система профилактики, целевые комплексные программы. 4. Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов
--	--

	<p>управления страны.</p> <p>5. Подходы к оценке качества медицинской помощи.</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания

1. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине		
	Знать	Уметь	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>1 – теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития</p> <p>2 – теоретические основы управления коллективом</p> <p>3- отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития.</p>	<p>1 - толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>2 – применять методы сплочения коллектива</p> <p>3 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p>	<p>1- методами обучения и воспитания обучающегося</p> <p>2 -навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива</p> <p>3 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе</p>

<p>ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.</p>	<p>1 – теоретико-методологические основы педагогики</p> <p>2 – основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе</p> <p>3- психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления</p>	<p>1 - работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины</p> <p>2 – осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования</p> <p>3 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p>	<p>1- методами обучения и воспитания обучающегося</p> <p>2 - навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО</p> <p>3 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе</p>
--	--	--	--

2 Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

1. Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие для студентов мед. вузов / М.Е. Волчанский [и др.]; рец.: С. В. Клаучек, В. И. Чумаков ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - [3-е изд., доп. и перераб.]. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 239, [1] с. : ил. – Режим доступа:
4. Артюхина А. И. Педагогика: учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 166, [2] с.: ил., табл. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ. - URL:
5. Артюхина А. И. Педагогика : учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 166, [2] с. : ил., табл. – Текст : непосредственный
6. Овсянникова, О. А. Психология и педагогика высшей школы : учебное пособие для вузов / О. А. Овсянникова. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 236 с. — ISBN 978-5-8114-7369-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/159491>
7. Артюхина А. И. Сборник тестовых заданий по педагогике : учеб. пособие / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 147, [1] с. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ. - URL: http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%C0%F0%F2%FE%F5%E8%ED%E0_%D1%E1%EE%F0%ED%E8%EA_%F2%E5%F1%F2%EE%E2%FB%F5_%E7%E0%E4%E0%ED%E8%E9_2014&MacroAcc=A&DbVal=47
8. Артюхина А. И. Самостоятельная работа студентов по педагогике: формирование учебно-исследовательской компетентности : учеб.-метод. пособие для студентов, обучающихся по дисциплине "Педагогика" / А. И. Артюхина, Е. А. Вахтина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 120, [4] с. : ил. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ. - URL: http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%C0%F0%F2%FE%F5%E8%ED%E0_%D1%E0%EC%EE%F1%F2%EE%FF%F2%E5%EB%FC%ED%E0%FF_%F0%E0%E1_%F1%F2%F3%E4%E5%ED%F2_2014&MacroAcc=A&DbVal=47
9. Артюхина А. И. Психолого-педагогическая диагностика : учеб.-метод. пособие / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 140, [2] с. : ил. – Текст : непосредственный
10. Педагогика и методика преподавания в высшей школе : учеб. пособие / Артюхина А.

И., Чумаков В. И., Кнышова Л. П. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ . - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ , 2016 . - 284, [4] с. : ил. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ. - URL: http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%E5%E4%E0%E3%E3%E8%EA%E0_%EC%E5%E2%E2%E4%E8%EA%E0_%EF%F0%E5%EF%E2%E4_%E2%FB%F1%F8_%F8%EA%EE%EB%FB_2017&MacroAcc=A&DbVal=47

11. Артюхина А. И. Интерактивные методы обучения в медицинском вузе: учеб. пособие для доп. проф. образования преподавателей, участвующих в обеспечении образоват. программ группы Здравоохранение / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ ; худож.-ил. М. Ю. Будников. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 210, [2] с. : ил. – Текст : непосредственный
12. Овсянникова, О. А. Психология и педагогика высшей школы : учебное пособие для вузов / О. А. Овсянникова. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 236 с. — ISBN 978-5-8114-7369-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/159491>
13. Артюхина А. И. Сборник тестовых заданий по педагогике : учеб. пособие / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 147, [1] с. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ. - URL: http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%C0%F0%F2%FE%F5%E8%ED%E0_%D1%E1%EE%F0%ED%E8%EA_%F2%E5%F1%F2%EE%E2%FB%F5_%E7%E0%E4%E0%ED%E8%E9_2014&MacroAcc=A&DbVal=47
14. Овсянникова, О. А. Психология и педагогика высшей школы : учебное пособие для вузов / О. А. Овсянникова. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 236 с. — ISBN 978-5-8114-7369-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/159491>

№ п/п	Ссылка на информационный ресурс	Доступность
1.	Электронно-библиотечная система ВолгГМУ Режим доступа: http://lib.volgmed.ru/index.php?id=122	Свободный доступ
2.	Научная электронная библиотека (eLibrary) Режим доступа: http://www.eLibrary.ru	Свободный доступ
3.	База данных Scopus (http://www.Scopus.com)	Свободный доступ
4.	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» Режим доступа http://window.edu.ru	Свободный доступ
6.	Электронно-библиотечная система «Лань» Режим доступа: https://e.lanbook.com/	Свободный доступ
7.	Школа педагогического мастерства ВолгГМУ. Режим доступа: http://www.volgmed.ru/ru/files/list/6471/?dept=161&dir=6471	Свободный доступ

УК-1.Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СОЧЕТАНИЕ СПОСОБОВ И ФОРМ ОБУЧЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ДОСТИЖЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ 1) Приём обучения 2) Метод обучения 3) Форма обучения 4) Технология обучения	2	№ 9. С. 16
2.	СПОСОБЫ АКТИВИЗАЦИИ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПОБУЖДАЮТ ИХ К АКТИВНОЙ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОВЛАДЕНИЯ МАТЕРИАЛОМ, КОГДА АКТИВЕН НЕ ТОЛЬКО ПРЕПОДАВАТЕЛЬ, НО АКТИВНЫ И СТУДЕНТЫ 1) Тренинговые методы обучения 2) Классические методы 3) Активные методы обучения 4) Описательные методы	3	№ 9. С. 16
Выберите несколько правильных ответов			
1.	АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ А. М. СМОЛКИНОЙ 1) 1.монологическая лекция 2) лекция с заранее	2,3,4,5	№ 9. С. 17-18

	<ul style="list-style-type: none"> 3) запланированными ошибками, 4) лекция пресс-конференция 5) вводная лекция 6) 6. ТРИЗ работа 		
2.	<p>К НЕИМИТАЦИОННЫМ КЛАССИФИКАЦИЯ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ОТНОСИТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) анализ конкретных ситуаций, 2) учебная дискуссия; 3) самостоятельная работа с литературой 4) семинары; 5) игровые — деловая игра, 6) разыгрывание ролей и 7) игровое проектирование 	2,3,4	
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	Неимитационные /Имитационные методы обучения	<p>Неимитационные методы обучения:</p> <p>лекция вдвоём, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция пресс-конференция; эвристическая беседа; поисковая лабораторная работа студента; учебная дискуссия; самостоятельная работа с литературой семинары;</p> <p>Имитационные деловая игра; педагогические ситуации; педагогические задачи; ситуация инсценирование различной деятельности коллективная мыслительная деятельность; ТРИЗ работа</p>	№ 9. С. 17-18

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	В рамках форм межгруппового общения на занятии выделяют варианты презентации групповых решений. Приведите три примера данных решений.	<p>«Ярмарка» - <i>совместно</i> – <i>индивидуальная форма</i> подразумевает, что каждая мини-группа представляет продукт своей деятельности, затем решения обсуждаются, и из них выбирается лучшее;</p> <p>«лесенка» - <i>совместно</i> – <i>последовательная</i>, при которой результат деятельности каждой мини-группы становится определенной ступенью к решению общей проблемы;</p> <p>«мозаичная картинка» - <i>совместно</i> – <i>взаимодействующая</i> - общий результат деятельности группы образуется из комбинации предложений и лучших элементов групповых решений.</p>	№ 9. С.
2.	Вам необходимо завершить занятие групповой рефлексией. Какие вопросы вы зададите аудитории?	<p>перечень вопросов для проведения рефлексии:</p> <p>что произвело на вас наибольшее впечатление?</p> <p>что вам помогало в процессе занятия для выполнения задания, а что мешало?</p> <p>есть ли что-либо, что удивило вас в процессе занятия?</p> <p>чем вы руководствовались в процессе принятия решения?</p> <p>учитывалось ли при совершении собственных действий мнение участников группы?</p> <p>как вы оцениваете свои</p>	№ 9 С. 25

		<p>действия и действия группы? если бы вы играли в эту игру еще раз, чтобы вы изменили в модели своего поведения?</p>	
3.	<p>Согласно требованиям Вашей программы, Вам необходимо проводить занятия в интерактивной форме. Какие умения Вам необходимы для этого?</p>	<p>Организовывать процесс исследования задачи таким образом, чтобы оно воспринималось обучаемым как собственная инициатива; целенаправленно организовывать для учащихся учебные ситуации, побуждающие их к интеграции усилий; создавать учебную атмосферу в аудитории и дозировать свою помощь студентам; осознавая педагогическое взаимодействие как влияние реакций обучаемых на управляющие воздействия преподавателя, решать нестандартные учебные и межличностные ситуации; сохраняя свой научный авторитет, помогать студентам не попадать под его зависимость, которая сковывает их мыслительную деятельность, а проявлять самостоятельность в интеллектуальном поведении.</p>	№ 9 С.
4.	<p>Вам необходимо провести лекцию в интерактивной форме. Какие приемы Вы можете применить?</p>	<p>Фасилитация Ведомая (управляемая) дискуссия или беседа Модерация Демонстрация слайдов</p>	№ 9 С. 32

		или учебных фильмов Мозговой штурм Мотивационная речь	
5.	Вам необходимо провести лекцию с проблемным изложением. Какие приемы Вы можете применить?	лекции проблемного изложения, то есть учебный материал излагается проблемно (отсутствует монологический характер изложения, нет информационного сообщения готовых выводов науки); лекции, на которых основной материал изучается путём самостоятельного (частично или полностью) решения проблем самими студентами, условно называемые лекциями проблемного усвоения; лекции, на которых сочетается проблемное изложение с проблемным усвоением – комбинированные проблемные лекции.	№ 9 С.34

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какова логика бинарной лекции в медицинском образовании?	Характеризуется подачей учебного материала в диалоговом общении двух преподавателей и является вариантом проблемного представления материала. Особенность медицинского образования заключается в том, что врачу необходимо иметь целостное представление о человеке, тогда как учебный процесс построен на дискретном изучении отдельных	№ 9 С. 35-36

		<p>уровней (молекулярный, клеточный, органный), систем, нозологий.</p> <p>Бинарная лекция позволяет в определенном смысле преодолевать указанное противоречие (например, в обсуждении теоретических вопросов участвуют специалисты разного профиля, например, морфолог и клиницист или при рассмотрении проблемы пограничной патологии участвуют клиницисты терапевт и хирург).</p>	
2.	<p>Педагогический процесс – это способ организации воспитательных отношений, создающийся педагогом, заключающийся в целенаправленном отборе и использовании внешних факторов развития участников. Какова его структура?</p>	<p><i>Цель</i> – тот конечный результат педагогического взаимодействия, к которому стремятся педагог и учащийся.</p> <p><i>Принципы</i> – определяют основные направления достижения цели.</p> <p><i>Содержание</i> – это опыт поколений, который передается учащимся для достижения поставленной цели согласно выбранным направлениям.</p> <p><i>Содержание образования</i> – внутренняя система всего того, чем необходимо овладеть и научиться пользоваться учащимся; – специально отобранная и признанная обществом (государством) система элементов объективного опыта человечества, усвоение которой необходимо для успешной деятельности в определенной сфере, тот конечный результат, к которому стремится</p>	№ 3 С. 15-16.

		<p>учебное заведение, который выражается в категориях знаний, умений, навыков, личностных качеств – компетенциях. Методы – это действия педагога и учащегося, посредством которых передается и принимается содержание; способ решения задач и достижения цели обучения. <i>Средство</i> – то, что помогает осуществлять учебный процесс и то, без чего его осуществление было бы невозможно: личные и профессиональные качества педагога, учебные пособия, наглядный материал, оборудование учебного заведения и т. д.; как материализованные предметные способы «работы» с содержанием используются в единстве с методами. <i>Формы</i> – организации педагогического процесса придают ему логическую завершенность, законченность; – способ организации учебной деятельности с учетом специфики направления обучения, его локальных целей и задач. <i>Организация</i> – построение дидактического процесса в виде упорядоченной, согласованной системы, направленной на эффективное решение поставленных задач. Результаты – степень реализации намеченной цели, уровень,</p>	
--	--	---	--

		достигнутый учениками в направлении производимого обучения.	
3.	Медицинская педагогика это	<p>Междисциплинарная область теории и практики, возникшая на основании эмпирически подтвержденной эффективности специального обучения больных злокачественными опухолями, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями. В медицинском образовании педагогика объясняет и описывает организацию педагогического процесса, выявляет его успешность или неуспешность, а также трудности, возникшие на этапе клинических знаний, которые должны изучаться на доклиническом этапе. Роль педагогики в практике современного врача очень важна, поскольку пронизывает все сферы деятельности специалиста: от момента самообучения, практики, до правил общения с пациентами и родственниками</p>	№ 3 С. 17.
4.	Раскройте объект медицинской педагогики	<p>Объектом в медицинской педагогике является человек – одушевленное существо. Именно на человека: ученика, коллегу, пациента, подопечного направлено действие педагогики. При этом задача педагога заключается в том,</p>	№ 3 С. 17.

		чтобы учащийся осознавал себя не просто объектом, но и субъектом обучения (его не только учат, но он сам учится).	
5.	Раскройте задачи медицинской педагогики	Задачами медицинской педагогики являются: – пропаганда здорового образа жизни; – специальное обучение пациентов (обучающие программы); – обучение пациентов эффективному общению; – педагогическая работа с родственниками; – обучающие мероприятия в отношении среднего и младшего медицинского персонала.	№ 3 С.18

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - теоретические основы управления коллективом

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ КОЛЛЕКТИВОМ ВЗРОСЛЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ НЕОБХОДИМО ИЗУЧИТЬ АСПЕКТЫ ЭТОЙ ОТРАСЛИ ПЕДАГОГИКИ</p> <p>1) Специальная педагогика 2) Анрагогика 3) Компоративистика 4) Кибергогика</p>	2	№ 3 С. 19
2.	ЭТА МЕТОДИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НЕ НА СЛОГОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ, А	1	№ 3 С. 21-22

	<p>НА СОДЕРЖАТЕЛЬНОЙ И СИНТАКСИЧЕСКОЙ ЗАДАННОСТИ КАЖДОЙ СТРОКИ: ПЕРВАЯ СТРОКА – ТЕМА, ЗАКЛЮЧАЕТ В СЕБЕ ОДНО СЛОВО (ОБЫЧНО СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ ИЛИ МЕСТОИМЕНИЕ), КОТОРОЕ ОБОЗНАЧАЕТ ОБЪЕКТ ИЛИ ПРЕДМЕТ, О КОТОРОМ ПОЙДЁТ РЕЧЬ. ВТОРАЯ СТРОКА – ДВА СЛОВА (ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЛАГАТЕЛЬНЫЕ ИЛИ ПРИЧАСТИЯ), ДАЮЩИЕ ОПИСАНИЕ ПРИЗНАКОВ И СВОЙСТВ ВЫБРАННОГО В ПРЕДМЕТА ИЛИ ОБЪЕКТА. ТРЕТЬЯ СТРОКА – ОБРАЗОВАНА ТРЕМЯ ГЛАГОЛАМИ ИЛИ ДЕЕПРИЧАСТИЯМИ, ОПИСЫВАЮЩИМИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ОБЪЕКТА. ЧЕТВЁРТАЯ СТРОКА – ФРАЗА ИЗ ЧЕТЫРЁХ СЛОВ, ВЫРАЖАЮЩАЯ ЛИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ АВТОРА К ОПИСЫВАЕМОМУ ПРЕДМЕТУ ИЛИ ОБЪЕКТУ. ПЯТАЯ СТРОКА – ОДНО СЛОВО-РЕЗЮМЕ (МЕТАФОРА), ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕ СУТЬ ПРЕДМЕТА ИЛИ ОБЪЕКТА.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Синквейн 2) Веб-квест 3) Мозговой штурм 4) Беседа 		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ОБУЧЕНИЕ ЧАСТО БЫВАЕТ НАПРАВЛЕНО НА МОДИФИКАЦИЮ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА, ПОСКОЛЬКУ МНОГИЕ БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ СВЯЗЫВАЮТ С ПОВЕДЕНИЕМ ЧЕЛОВЕКА. ОБЯЗАТЕЛЬНО УЧИТЫВАЮТ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ. НАЗОВИТЕ ИХ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) персональные: когнитивные, личностные характеристики, стиль жизни; 2) семейные; 	1,2,3	№ 3 С.18

	<p>3) социальные: групповые характеристики поведения, связанного со здоровьем, поддержка социума, «сети» социальной поддержки; социальные роли</p> <p>4) интрапсихические - особенности протекания психических процессов пациента</p> <p>5) аддиктивные- возможные зависимости пациента</p>		
2.	<p>ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРОИСХОДИТ В ТРЕХ ОБЛАСТЯХ:</p> <p>1) физиологическая – медико-биологические аспекты</p> <p>2) познавательная – обучающийся, например, пациент, получает новую информацию, факты; анализирует, отделяет важную, значимую для него, часть от второстепенной;</p> <p>3.) эмоциональная – человек активно слушает и реагирует переживаниями, чувствами, мыслями на новую информацию (удивляется, тревожится, задумывается) и меняет свое поведение;</p> <p>4.) психомоторная – обучается новым видам движений, уверенно выполняет необходимые действия, приобретает устойчивые навыки.</p>	2,3,4	№ 3 С.18
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>1. Педагогическая</p> <p>2. Андрагогическая</p> <p>А. – обучения детей, юношей до 22 лет, отсроченное применение знаний, центрация на предмете</p> <p>Б. – обучающийся обладает опытом, в т.ч. профессиональным, немедленное применение знаний, центрация на профессиональных проблемах.</p>	<p>1– А.</p> <p>2 - Б</p>	№ 3 С. 20

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вам необходимо провести лекцию	Лекция - пресс-	№ 9. С. 36-37

	<p>пресс-конференцию, какова логика ее подготовки и проведения?</p>	<p>конференция начинается с письменных вопросов студентов по теме лекции, которые они передают преподавателю. Вопросы задаёт каждый студент, для этого отводится 2-3 минуты. Для сортировки вопросов по содержанию преподаватель затрачивает 3-5 минут. В процессе логического и связанного изложения лекционного материала преподаватель даёт ответы на поставленные студентами вопросы, а в конце лекции анализирует ответы как отражение познавательной активности студентов.</p> <p>Такую лекцию целесообразно проводить в небольших потоках в начале курса, темы для выявления образовательных потребностей студентов, в середине, для привлечения студентов к основным аспектам темы и систематизации знаний; в конце - для определения перспектив развития усвоенного содержания. Для лекции - пресс-конференции характерны такие преимущества: адресная информация каждого студента; активизация</p>	
--	---	--	--

		мыслительной деятельности студента при составлении вопроса и концентрация внимания в ожидании ответа на него; формирование коммуникативных навыков, навыков аргументации, учёта позиции студента, задавшего вопрос.	
2.	Сформируйте синквейн по педагогике или тематике Вашей медицинской специальности.	Навык Интеллектуальный, автоматизированный Вырабатывается, закрепляется, совершенствуется Деятельность, сформированная путём повторения Опыт	№ 3. С. 22
3.	Вам необходимо провести лекцию-провокацию. Поясните логику ее проектирования и реализации.	Лекцию с заранее запланированными ошибками рекомендуют проводить в конце лекционного курса, когда базисные представления и понятия у студентов уже сформированы. Полагают, что такая лекция, помимо повышения внимания студентов и развития их критического мышления, помогает в формировании умения выступать в роли экспертов, рецензентов и т.д. При подготовке к лекции с заранее запланированными ошибками преподаватель составляет список ошибок содержательного, методического,	№ 9. С. 38.

		<p>поведенческого характера, который включается в содержание лекции, а в конце лекции - предъявляет студентам. Поскольку в арсенале лектора типичные ошибки, причём при лекционном изложении на них не делается акцент, то студентам требуется сконцентрировать внимание, чтобы в процессе лекции выявлять ошибки, фиксировать их на полях и называть в конце. На обсуждение ошибок лектор тратит 10-15 минут, причём корректные ответы называют и студенты, и преподаватель. Лекция с заранее запланированными ошибками помогает выявить трудности усвоения предыдущего материала и одновременно выполняет стимулирующую, контрольную и диагностическую функции. Из-за большого объёма и сложности восприятия учебного материала в медицинском вузе такой вид лекции представляется мало перспективным, хотя в небольших потоках студентов может быть востребован для формирования критического мышления.</p>	
4.	Вам необходимо провести игру	Цель игры:	№ 9. С. 44

	<p>«Крестики-нолики» Поясните логику ее проведения.</p>	<p>актуализация знаний, создание мотивации обучающихся к изучаемой теме и положительного эмоционального настроя в группе. Преподавателю важно выяснить в ходе игры готовность группы к занятию, пользовались ли студенты учебником и лекциями при подготовке, определить вопросы, слабо освоенные студентами. Организация. Участвуют две команды «Крестики» и «Нолики». Команда, начинающая игру, определяется по согласию (в классическом варианте игры всегда начинают «крестики») или по жребию. На доске нарисовано игровое поле. Команда, начинающая игру, выбирает на поле клеточку – номер задания, и обе команды начинают выполнять одинаковое задание. Действует правило поднятой руки – первый человек, поднявший руку, может дать ответ на вопрос задания. Если ответ не верен, ответ даёт представитель другой команды. Выигрывает та команда, которой удалось поставить на поле 3 своих знака в один ряд или поставить на поле более 5 знаков.</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>Варианты заданий.</p>	
--	---	---	--

		<p>Вариант 1. Задание – разгадать анаграмму. Анаграмма – слово или фраза, получаемые из других осмысленных слов или фраз посредством перестановки букв, либо просто слово, в котором переставлены буквы. Вариант 2. Задание – вслух даётся описание, а студенты должны назвать термин.</p>	
5.	<p>Вы задумали провести методику «гандбол» на лекции. Поясните логику ее проведения.</p>	<p>При подготовке к лекции преподаватель напечатал несколько вопросов, каждый на отдельном листе формата А4. Затем листы с напечатанными вопросами скомкал (текстом внутрь) в виде мяча. Лектор в конце первого часа лекции или за несколько минут до окончания лекции бросает такой бумажный мяч студенту. Студент снимает первый лист, зачитывает вопрос, даёт ответ, а затем бросает мяч другому студенту. И так пока не иссякнут листы-вопросы. Такой приём позволяет выяснить уровень усвоения лекционного материала, вносит оживление в учебный процесс. Студенты стараются вникать в лекционный материал, так как перед лицом товарищей (потока, курса) каждому хочется выглядеть толковым, знающим.</p> <p>Контрольный</p>	№ 9 С. 41

		вопрос может быть задан в виде кейса – краткая практическая ситуация, для решения которой требуется знание лекционного материала. Ответ студенты представляют либо устно в завершающей части лекции (должно быть время для анализа его корректности), либо в начале следующей лекции (тогда это послужит мостиком к изучению нового материала).	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Компетентностный подход	Подход, акцентирующий внимание на результате образования, причем в качестве результата рассматривается не сумма усвоенной информации, а способность человека действовать в различных ситуациях.	№ 3. С. 35
2.	Что понимают под терминами «компетенция» и «компетентность»?	Наперёд заданное требование (норма) к образовательной подготовке студента, а под компетентностью – уже состоявшееся его личностное качество (совокупность качеств) и минимальный опыт по отношению к деятельности в заданной сфере.	№ 3. С. 35
3.	Методика	Совокупность способов целесообразного проведения какой-либо	№ 3. С. 39

		работы; совокупность методов, приёмов, форм организации деятельности учащихся, направленных на решение определённых педагогических задач (обучения, коррекции нарушений развития, воспитания и др.)	
4.	Педагогическая технология	Комплексная интегративная система, включающая упорядоченное множество операций и действий, обеспечивающих педагогическое целеопределение, содержательные, информационно-предметные и процессуальные аспекты, направленные на усвоение систематизированных знаний, приобретение профессиональных умений и формирование личностных качеств обучаемых, заданных целями обучения.	№ 3. С. 40
5.	Структурными составляющими технологии обучения как системы являются:	<ul style="list-style-type: none"> – цели обучения; – содержание обучения; – методы обучения; – средства педагогического взаимодействия; – формы организации обучения; – результаты деятельности. 	№ 3. С. 40

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Знать
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	3 - отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ТАКИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТ ОТ УЧАЩИХСЯ НЕ ПРОСТОГО ВОСПРОИЗВОДСТВА ИНФОРМАЦИИ, А ТВОРЧЕСТВА, ПОСКОЛЬКУ ЗАДАНИЯ СОДЕРЖАТ БОЛЬШИЙ ИЛИ МЕНЬШИЙ ЭЛЕМЕНТ НЕИЗВЕСТНОСТИ И ИМЕЮТ, КАК ПРАВИЛО, НЕСКОЛЬКО ПОДХОДОВ..</p> <p>1) Тестовые задания 2) Творческие задания 3) Анкетирование 4) Репродуктивные задания</p>	2	№ 9. С. 43.
2.	<p>Чётко структурированный и специально организованный публичный обмен мыслями между двумя сторонами по актуальным темам..</p> <p>1) Мозговой штурм 2) Майндмэппинг 3) Дебаты 4) Рассказ</p>	3	№ 9. С.54
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>МЕТОДИКА - ГРАФИЧЕСКОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА АССОЦИАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПРОДУКТОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО МОЗГА. МЕНТАЛЬНЫЕ КАРТЫ – ЗАПИСЬ ИНФОРМАЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ВИЗУАЛЬНОМ МЫШЛЕНИИ И</p>	<p>Все ответы верны 1, 2, 3, 4</p>	№ 3. С. 60

	<p>СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЙ МОЗГА, АЛЬТЕРНАТИВА ЛИНЕЙНОГО МЕТОДА ЗАПИСИ ИНФОРМАЦИИ, НАПРИМЕР ТЕКСТА. СОСТАВЛЕНИЕ МЕТОДИЧЕСКИ РАЗРАБОТАЛИ Т. И Б. БЬЮЗЕНЫ (АНГЛИЯ)</p> <p>1) Майндмэппинг 2) Составление ментальных карт 3) Граф логической структуры 4) Интеллект-карты</p>		
2.	<p>В психологической литературе при характеристике структуры общения выделяют обычно три её взаимосвязанных стороны:</p> <p>1) коммуникативную, 2) интерактивную 3) перцептивную 4) пассивную</p>	1, 2, 3	№ 3. С. 56
Сопоставьте понятия стадий конфликта			
1.	<p>Какие стадии включает в себя конфликт?</p> <p>1. предметная ситуация 2. конфликтное взаимодействие 3. разрешение конфликта</p> <p>А. возникновение объективных причин конфликта; Б. инцидент или развивающийся конфликт; В. завершение конфликта (полное или частичное).</p>	<p>1. – А., 2. – Б 3. - В</p>	№ 3. С. 87

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Вы стремитесь эффективно разрешать возникающие конфликты, каких принципов Вам необходимо придерживаться?</p>	<p>Эффективная система разрешения конфликтов должна базироваться на следующих принципах:</p> <p>1. Быть сфокусированной на интересах: – переговоры должны начинаться как можно раньше; – должна быть продумана система переговоров; –</p>	№ 3. С. 90

		<p>переговоры должны носить многоступенчатый характер; – повышена мотивация.</p> <p>2. В систему должны быть встроены возможности возврата к переговорному процессу.</p> <p>3. Необходимо предоставлять более дешевые процедуры определения прав или определения того, кто сильнее.</p> <p>4. Переговоры должны предварять консультации, а после переговоров должна вступать в действие обратная связь.</p> <p>5. Последовательность процедур должна быть расположена в определенной последовательности – от дешевых к дорогим.</p> <p>6. Предоставляйте необходимую мотивацию и ресурсы..</p>	
2.	<p>При разрешении конфликтов в медицинской сфере врач считал, что нужно учесть принцип терпимости к собеседнику.</p> <p>Что включает в себя принцип терпимости к собеседнику?</p>	<p>Принцип терпимости к собеседнику – принимайте собеседника таким, каков он есть. •</p> <p>Пытайтесь преодолеть негативную установку к собеседнику. Отвлекайтесь от недостатков собеседника. Не замечайте его оплошностей, неудачных слов и выражений. Назовите для себя недостатки собеседника особенностями. •</p> <p>Приспосабливайтесь к собеседнику. Говорите с ним на его «языке», в</p>	№ 3. 90-91

		<p>понятных ему словах и выражениях. Учитывайте его настроение и самочувствие.</p>	
3.	<p>При разрешении конфликтов в медицинской сфере врач использовал принцип благоприятной самоподачи. В чём заключается принцип благоприятной самоподачи?</p>	<p>Принцип благоприятной самоподачи – добивайтесь расположения собеседника, стремитесь понравиться ему. Правила:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Произведите максимально приятное внешнее впечатление. Помните, что по одежке встречают (аккуратная одежда; бодрый и жизнерадостный вид). • Демонстрируйте уважительную манеру общения. • Смотрите на собеседника; держите дистанцию; не говорите слишком громко; не начинайте необходимый вам разговор сразу. • Демонстрируйте собеседнику, что он вам нравится. Помните, что нам нравятся те, кому нравимся мы, покажите собеседнику своё расположение и тогда вы понравитесь ему. Повторяйте вслух слова и выражения собеседника, сопровождая их своими комментариями (вот именно..., правильно... и т. д.); «поддакивайте». • Показывайте собеседнику, что вы «свой». Помните, чем более «своим» 	№ 3. 91

		<p>ощущает вас собеседник, тем эффективнее ваше речевое воздействие на него. Говорите собеседнику, что у вас общие взгляды; чаще соглашайтесь; говорите, что он прав. • Индивидуализируйте собеседника. Замечайте среди других людей; отдельно здоровайтесь; чаще называйте по имени; интересуйтесь его делами; чаще спрашивайте его мнение; комментируйте его поведение «я вижу, вы устали», «мне кажется вам холодно»... • Укрупняйте собеседника. Советуйтесь; отмечайте его достоинства; приписывайте ему положительные черты, которых у него может и не быть; одобряйте его; «снижайте» себя в его глазах; дайте ему превзойти вас. • Говорите собеседнику комплименты.</p>	
4.	<p>При разрешении конфликтов в медицинской сфере врач использовал принцип минимизации негативной информации. В чём заключается принцип минимизации негативной информации?</p>	<p>Принцип минимизации негативной информации – сведите к минимуму сообщаемую собеседнику негативную информацию Правила: • Не вспоминайте плохое, не упрекайте собеседника. Помните, что упрек заставляет оправдываться. Не вспоминайте негативный</p>	№ 3. 92

		совместный опыт; вспоминайте только общие успехи, положительный опыт; меньше критикуйте, не делайте замечаний. • Не покушайтесь на ценности и стереотипы собеседника. Не отзывайтесь плохо о его кумирах; критику, если без неё нельзя представить в форме непонимания («Этот поступок, эту музыку и др. я не понимаю»).	
5.	При переходе к пациенториентированной системе отношений в здравоохранении существует необходимость активизировать позитивную функцию конфликта. На основе какой модели взаимоотношений врача и пациента это можно сделать?	На основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента.	№ 3. 98

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Конфликты в медицине – происходят на трех уровнях противоречий (вышем, среднем и низком): охарактеризуйте эти уровни.	1) система здравоохранения – общество; 2) учреждения здравоохранения (администрация) – медицинский персонал; 3) медицинский персонал – пациенты (и их родственники).	№ 3. С. 92
2.	Противоречия, из-за которых возникают конфликты в системе здравоохранения: Конфликт «общество – здравоохранение»:	Отсутствие целостной и последовательной концепции развития здравоохранения; – недостаточность финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения. Имеет объективные (экономика в упадке,	№ 3. С. 92

		<p>недостаток ресурсов) и субъективные (недальновидная, безответственная политика государства) причины. Скудность выделяемых средств ведут к таким негативным последствиям как: – социально-трудовые конфликты, забастовки, митинги, пикетирование; – закрытие участковых больниц; – недостаток денежных средств на лекарственное обеспечение и оборудование; – недовольство медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда. Это заставляет искать дополнительные заработки, что снижает качество работы.</p>	
3.	<p>Конфликты в системе «врач – больной» – заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия. Приведите пример объективного конфликта.</p>	<p>Объективные конфликты вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов. Примерами могут служить: – обещание врачом больному полного излечения, а в результате особенностей течения болезни наступила стойкая утрата трудоспособности; – некачественное выполнение своих обязанностей</p>	№ 3 С. 93.

		(послеоперационные осложнения по вине медицинского работника, несвоевременный обход); – отказ в госпитализации больного или несвоевременная госпитализация; – несвоевременное выполнение операций, процедур и т. п.; – помещение в палату с умирающим больным; – требование в покупке медикаментов; – требование вознаграждения за выполненную работу.	
4.	Конфликты в системе «врач – больной» – заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия. Какие поводы могут служить для возникновения субъективного конфликта? Приведите не менее двух.	Поводом могут служить: несоответствующее представление о должном поведении медперсонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или неправильное назначение терапии	№ 3 С. 93.
5.	О каком конфликте – объективном или субъективном - свидетельствуют: отказ от госпитализации, требование к покупке медикаментов несвоевременное выполнение процедур ?	Объективный конфликт	№ 3 С. 93.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Уметь
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ФОРМА ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ, ЦЕЛЮ КТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБЩЕНИИ. ДОСТОИНСТВОМ ЭТОГО МЕТОДА ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ОН ОБЕСПЕЧИВАЕТ АКТИВНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ ВСЕХ УЧАСТНИКОВ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ. ЦЕЛЬ МЕТОДА – НЕ ТОЛЬКО ПОЛУЧЕНИЕ НОВОЙ ИНФОРМАЦИИ, НО И ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ ЗНАНИЙ НА ПРАКТИКЕ; КАК ТРЕНИРОВКА, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ И ОТРАБОТКА УМЕНИЙ, НАВЫКОВ</p> <p>1) Тренинг 2) Игра 3) Дискуссия 4) Беседа</p>	1	№ 9. С. 56
2.	<p>СУБЪЕКТИВНЫЕ КОНФЛИКТЫ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ СВЯЗАНЫ С</p> <p>1) совпадением ожиданий пациента с реальностью 2) несовпадением ожиданий пациента с реальностью 3) несправедливым распределением каких-либо преимуществ 4) неудовлетворением обещанного</p>	2.	№ 9. С. 93
Выберите несколько правильных ответов			

1.	<p>РЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Болезнь сулит пациенту определенные выгоды. 2) Болезненное состояние приносит какую-то пользу, в результате он стремится его сохранить. 3) Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии. 4) Человеку хочется быть больным, и он использует свои отношения с врачом для получения «официального подтверждения» своего состояния. 	1,2,3,4	№ 9. С. 95
2.	<p>ТИП ПАЦИЕНТОВ, НЕ СКЛОННЫХ К УСТАНОВЛЕНИЮ ПЛОДОТВОРНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА С ВРАЧОМ, МОЖНО НАЗВАТЬ «СУТЯЖНЫМ».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Обладают высокой комплаентностью 2) Серьезные ошибки в диагностике и лечении чреватые судебным иском, даже если между врачом и пациентом установились вполне доверительные отношения 3) Эти пациенты как правило уже имеют опыт судебных разбирательств 	2, 3	№ 9. С. 95
Сопоставьте понятия			
1.	<p>Сторонами конфликта в медицине являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в межличностных 2. в межгрупповых <p>А.- администрация ЛПУ – пациент, врач – родственники пациента, Б- администрация ЛПУ (юридическое лицо) – пациент (истец в суде). В. врач – пациент; врач – врач; врач – администратор;</p>	<p>1. – В 2. – А, Б</p>	№ 9. С. 96

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вы разбираете конфликты на работе с коллегами врачами. Определите наиболее частые причины конфликтов в медицине.	<p>– объективные причины (не зависящие от врача): организационно-технические, финансовые (экономические);</p> <p>– субъективные причины (зависящие от врача): информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические, тактические.</p>	№ 9. С. 97
2.	Вы столкнулись с конфликтом в сфере медицины. Какие способы управления конфликтами есть в арсенале врача?	<p>1) организация встреч конфликтующих сторон, оказание им помощи в выявлении причин конфликта и конструктивных путей его разрешения;</p> <p>2) постановка совместных целей и задач, которые не могут быть достигнуты без примирения и сотрудничества конфликтующих сторон;</p> <p>3) привлечение дополнительных ресурсов, в первую очередь в тех случаях, когда конфликт был обусловлен дефицитом ресурсов – производственных площадей, финансирования, возможностей для продвижения по службе и т. п.;</p> <p>4) выработка обоюдного стремления пожертвовать чем-либо</p>	№ 9. С. 98

		<p>для достижения согласия и примирения;</p> <p>5) административные методы управления конфликтом, например перевод работника из одного подразделения в другое;</p> <p>6) изменение организационной структуры, совершенствование обмена информацией, перепроектирование работ;</p> <p>7) обучение работника навыкам управления конфликтами, мастерству межличностного общения, искусству ведения переговоров.</p>	
3.	<p>Приведите свои аргументы в защиту высказывания:</p> <p>1. «Конфликты нужны, они бывают полезны для функционирования коллектива, оказывающего медицинские услуги».</p>	<p>Свободный ответ</p> <p>Аргументы: в результате конфликта высказываются скрытые недовольства, дискуссия приводит к корректировке отношений в коллективе. Умело направленный руководством конфликт способен объединить коллектив. Во время конфликта проявляется ущемлением чьих-то прав – как следствие, это является сигналом к действию руководства.</p>	№ 9. С.164
4.	<p>Приведите свои аргументы в защиту высказывания</p> <p>« Конфликты не нужны, они вредны и оказывают негативное воздействие на физическое и психическое здоровье медиков»</p>	<p>Свободный ответ</p> <p>Аргументы: Конфликт отвлекает от работы. Повышение уровня стресса в коллективе (учитывая, что работа медика и так связана с повышенным</p>	№ 9. С.164

		стрессом). Агрессия при конфликте в коллективе обязательно затронет пациентов, повышается риск халатности, ошибок и ятрогений. Слишком явный конфликт на работе будет вызывать недоверие к действиям врачей.	
5.	Разновидность публичной дискуссии участников направлена на переубеждение в своей правоте третьей стороны, а не друг друга. О какой разновидности публичной дискуссии идёт речь?	Дебаты	№ 9. С.73

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Для разных отраслей медицинской деятельности ведущими являются разные виды конфликтов: –	–сокращение продолжительности врачебного приема является главным фактором конфликтогенности в системе отношений «медицинский персонал – пациент» на амбулаторно-поликлиническом приеме; – в судебно-медицинской практике ситуацию конфликтного взаимодействия субъектов медицинской практики формируют результаты экспертизы; – в стоматологической практике главным конфликтогенным фактором является несоответствие цены и качества услуги; – в фармации конфликт врача и фармацевта – это конфликт	№ 9. С. 98

		<p>профессионалов, который может быть позитивным, а конфликт пациента и фармацевта – это конфликт профессионала и непрофессионала, который непродуктивен, но может быть разрешен путем более полного информирования пациента; – из тех видов конфликтов, которые существуют в медицинской науке, наибольшее социальное значение имеют конфликты в клинических испытаниях, поскольку они провоцируют риски для испытуемых.</p>	
2.	Суть патерналистской (сакральной) модели отношений врач-пациент	<p>основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к</p>	№ 9. С. 101

		<p>врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда»</p>	
3.	Сущность модели технического типа	<p>– одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских технологий – возникновение врача-ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого – исправить неполадки в организме пациента и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным, с точки зрения научного знания, и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму здесь в полной мере компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений.</p>	№ 9. С. 102
4.	Суть модели коллегиального типа	<p>На сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель. Врач и пациент выступают как</p>	№ 9. С.101

		<p>равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т. д. не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.</p>	
5.	<p>Содержание модели контрактного типа</p>	<p>Ещё одна модель равной ответственности врача и пациента за исход лечения. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». Модель наиболее распространена в Европе, США и России, позволяет избежать отказа от эмпатии со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от моральной ответственности со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа; позволяет уйти от ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за</p>	№ 9. С. 102

		пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Контрактная модель в пореформенной России представляет из себя симбиоз патернализма и техницизма.	
Результаты освоения ОП (компетенции)		Результаты обучения по дисциплине	
		Уметь	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		1 - применять методы сплочения коллектива	

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КАКАЯ МОДЕЛЬ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ ОПТИМАЛЬНА? 1) Патерналистская модель 2) Коллегиальная модель 3) Модель технического типа 4) Традиционная	2	№ 2 С. 114
2.	КАКАЯ МОДЕЛЬ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ СЧИТАЕТСЯ УСТАРЕВШЕЙ ? 1) Патерналистская модель 2) Коллегиальная модель 3) Модель технического типа 4) Традиционная	1	№ 2. С. 101
Выберите несколько правильных ответов			
1.	В ПРАВИЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА ПРИ ОБЩЕНИИ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТА ВХОДИТ 1) Воспринимать общение с родственниками пациента как необходимую часть лечебной работы. 2) Подготовиться к общению с родственниками пациента: уточнить	1, 2, 3, 4	№ 2. С. 109

	<p>время и дату разговора, при необходимости договориться заранее и согласовать детали разговора (если необходимо какое-либо содействие родственников в организации ухода, помощь в транспортировке, выявлено серьезное заболевание или состояние, угрожающее жизни пациента).</p> <p>3) Подготовить рабочее место, документы, иметь опрятный внешний вид, уделить особое внимание морально-психологическому настрою, четко определить тему и стиль беседы.</p> <p>4) Владеть исчерпывающей и достоверной информацией о состоянии больного на текущий момент (момент беседы).</p>		
2.	<p>В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА ПРИ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТА ЗАПРЕЩЕНО</p> <p>1) Начинать общение с родственниками пациента, поприветствовав их и представившись.</p> <p>2) Без уважительной причины и без предварительного согласования задерживать или переносить встречу на неопределенный срок, уклоняться от общения с ними.</p> <p>3) Вести беседу без подготовки, на бегу, в присутствии посторонних.</p> <p>4) Формально, отстраненно общаться, ограничиваясь односложными ответами «да / нет / не знаю / у больного все нормально».</p> <p>5) Предоставлять точную информацию, информировать родственников пациента о его состоянии, держать в курсе о ходе и перспективах лечения;</p> <p>6) Отказывать в повторном объяснении, пояснении.</p>	2,3,4,6	№ 2. С.110
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача	<p>1.- А</p> <p>2.- Б</p> <p>3.- В</p>	№ 9. С 116

	<p>1) Аффiliation 2) эмоциональная стабильность 3) эмпатия 4) сенситивность к отвержению А. потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению»; Б. уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом В. способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию Г. способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов</p>	4. -Г	
--	---	-------	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности молодой врач в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и настороженность в отношении возможных последствий приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Снижаются адаптивные и компенсаторные возможности. Вследствие постоянного переутомления возможны снижение иммунитета, частые простудные</p>	<p>В дальнейшем взаимодействия эмоциональные компоненты общения могут быть значительно уменьшены. Интенсивность эмоциональных контактов с пациентом повышается лишь на отдельных, наиболее значимых этапах диагностики и терапии: при необходимости убедить больного пройти болезненную диагностическую процедуру, в случае принятия решения о проведении операции, особенно, если существует вероятность</p>	№ 9 С. 117

	<p>заболевания, обострения хронических соматических расстройств. Возникает «синдром эмоционального сгорания» как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи.</p> <p>Задание. Какие методы профилактики данного синдрома Вы знаете?</p>	<p>неблагоприятного исхода. Роль эмоционального взаимодействия возрастает в ситуациях возникновения угрозы жизни больного, при общении с депрессивными пациентами, имеющими суицидальные тенденции, а также при контактах с больными, перенесшими тяжелую психическую травму (смерть близкого человека, потеря трудоспособности, развод).</p>	
2.	<p>На занятии врачу необходимо сформировать у пациента мотивацию, лежащую в основе формирования здорового образа жизни: раскройте ее.</p>	<p>1. Самосохранение. Когда человек знает, что то или иное действие напрямую угрожает жизни, он это действие не совершает. Формулировка личностной мотивации может быть такой: «Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни».</p> <p>2. Подчинение этнокультурным требованиям. Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, навыки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Формулировка мотивации: «Я подчинюсь этнокультурным требованиям, потому что хочу быть</p>	№ 9. С.120-121

		<p>равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье и благополучие других». 3. Получение удовольствия от самосовершенствования. Формулировка: «Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство». 4. Возможность для самосовершенствования. Формулировка: «Если я буду здоров, я смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы». 5. Способность к маневрам. 121 Формулировка: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в сообществе и свое местонахождение». 6. Сексуальная реализация. Формулировка: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии». 7. Достижение максимально возможной комфортности. Формулировка: «Я здоров, меня не беспокоит физическое и психологическое неудобство».</p>	
3.	<p>Врач должен видеть изменение в поведении пациента. Врач должен проявлять одновременно гибкость и настойчивость, мотивируя, направляя и поддерживая пациента.</p>	<p>1. Пациенты, которые не предполагают изменений в своем поведении, находятся на стадии «До</p>	<p>№ 9. С 121</p>

	<p>Задание – раскройте стадии, через которые проходят пациенты, меняя дезадаптивное поведение на адаптивное.</p>	<p>рассмотрения вопроса». Если они чувствуют, что их принуждают изменить поведение в соответствии с тем, как другие люди, а не они сами, видят проблему, возникает активное сопротивление.</p> <p>2. «Обдумывание» – это стадия, на которой человек видит необходимость в переменных и серьезно обдумывает некоторые изменения в будущем, но пока еще не готов к активным переменам. Обдумывающие взвешивают все «за» и «против» изменения своего поведения.</p> <p>3. Стадия «Принятие решения» включает как готовность к изменениям, так и начальные поведенческие шаг.</p> <p>4. «Действие» проявляется в виде конкретных шагов, которые приведут к желаемым переменам.</p> <p>5. Люди, находящиеся на пятой стадии, называемой «Поддержанием», прилагают активные усилия для сохранения изменений, достигнутых на стадии «Действия».</p> <p>6. Те, кто не может удержать достигнутых изменений, переходят в стадию «Рецидив». Оттуда они могут снова войти в цикл перемен с любой точки (например, все бросить и оказаться на стадии</p>	
--	--	--	--

		«До рассмотрения вопроса» или снова начать со стадии «Действие»).	
4.	В ходе ведения школы здоровья врачу необходимо повлиять на группу пациентов – реализовать стратегии повышения мотивации	<p>1. Эмпатическое слушание – позволяет врачу добиться необходимого повышения мотивации пациента. Это первый шаг в стратегии повышения мотивации.</p> <p>2. Выражение сочувствия – демонстрация уважения пациенту, и активная поддержка права пациента на самоопределение и самоуправление. Важной позицией, подчеркивающей сочувствие, является безусловное принятие всего сказанного пациентом без вынесения суждения, критики или порицания.</p> <p>3. Раскрытие противоречий – выяснить противоречия между целями пациента и его проблемным поведением.</p> <p>4. Уклонение от дискуссий – необходимость избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых врач выступает в защиту конкретного действия. Спор дает пациенту возможность найти причины уклонения от изменений и, следовательно, может скорее затормозить изменения, чем способствовать им.</p> <p>5.</p>	№ 9. С 122

		<p>Преодоление сопротивления – избегать спора путем переключения стратегии. Помимо несогласия и спора существуют и другие способы реагирования на сопротивление пациента. В первую очередь это подтверждение высказываний пациента таким образом, чтобы продемонстрировать, что врач понимает двойственное отношение пациента к изменениям.</p> <p>6. Формирование чувства контроля над болью – данный феномен в научной литературе обозначается как «самоэффективность». Самоэффективность – вера человека в то, что он способен к определенному поведению.</p>	
5.	<p>Врач стремится избегать спора путем переключения стратегии, демонстрирует, что понимает двойственное отношение пациента к изменениям.</p> <p>Какую стратегию повышения мотивации использует врач?</p>	<p>Стратегия повышения мотивации - преодоление сопротивления.</p>	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Какие случаи в работе врача признаны в качестве педагогических?</p>	<p>1. Обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам. 2. Передача личного опыта коллегам. 3. Составление методики приема лекарственных препаратов для пациентов. 4. Обучение</p>	№ 9. С. 123

		<p>родственников навыкам ухода за тяжелобольными. 5. Формирование у пациента ответственного отношения к лечению. 6. Объяснение ему значений процедур и лекарственных средств. 7. Убеждение пациента в необходимости соблюдения определенного образа жизни. 8. Участие в просветительских программах.</p>	
2.	<p>В чём заключается сущность социальной и профилактической педагогики в работе врача?</p>	<p>Участие врача в педагогическом процессе важно не только в специальных учреждениях для больных детей, но и в общей педагогической практике. Большое значение следует придавать участию врача в организации просвещения и воспитания детей и подростков в области взаимоотношений полов и половой гигиены, в воспитании и упрочении правильного отношения к своему здоровью. В школах, в высших учебных заведениях врач должен быть ориентирован в области гигиены, умственного и физического труда, для чего также необходима педагогическая и психологическая вооруженность. Весьма значительна роль врача и психолога в</p>	№ 9. С. 123-124

		<p>воспитании и обучении детей и взрослых, которые требуют специализированной педагогической работы с учетом имеющихся у них патологических нарушений функций, где педагогический процесс есть одновременно этап и специальная задача лечебного процесса, где медицина и педагогика (в частности, дефектология) объединены наиболее тесно и органично.</p>	
3.	<p>Что входит в санитарное просвещение?</p>	<p>Санитарное просвещение – один из видов медицинской педагогики. С позиций медицинской психологии необходимо, чтобы в лекциях по санитарному просвещению уделялось достаточно внимания особенностям психики больных и возникающим в связи с этим требованиям к окружающим. Не только врач и его помощники могут нанести больному психическую травму. Это чаще делают окружающие его люди: родные, другие больные, знакомые и др. Очень важно обучать широко тому, как следует вести себя в отношении больных людей, чтобы не травмировать их психику. В санитарно-просветительной</p>	<p>№ 9. С. 124</p>

		<p>работе особенно следует рекомендовать воздержание от советов больным со стороны некомпетентных людей, от неуместных бесед между больными об их болезни, от излишней нагрузки на их нервную систему, на их психику. В общей педагогике много исследований посвящено вопросу о наиболее целесообразном соотношении словесного и наглядного материала в лекции. Не касаясь здесь этого общего вопроса, несмотря на всю его важность для санитарного просвещения, отметим, что в лекции по санитарному просвещению не следует запечатлевать чрезмерно образ болезни в сознании слушателей. Санитарно-просветительные лекции должны всегда иметь перед собой и психогигиенические и психотерапевтические задачи. Они должны просвещать, убеждать, внушать веру в медицину, укреплять бодрость, оптимизм.</p>	
4.	Подготовьте мотивирующую беседу с тяжелым больным по вашей специальности ординатуры.	Свободный ответ	№ 9. С. 124
5.	Профессионально-субъектная позиция личности врача	– качественно новый уровень развития ее субъектности, устойчивая сложно структурированная	№ 9. С. 128

	<p>система отношений человека к профессиональной деятельности, к самому себе как к субъекту этой деятельности, к другим как к субъектам жизнедеятельности, проявляющаяся в соответствующем поведении.</p> <p>Профессионально-субъектная позиция специалиста – это осознание себя профессионалом, причём профессия осознаётся не как набор квалификационных характеристик, а как образ жизни.</p>	
--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СОСТАВЛЯЮЩИМИ ЭТОГО ИМИДЖА ЯВЛЯЮТСЯ ВНЕШНИЙ ВИД И ФИЗИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ. СТАТУС МЕСТА (ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ) И СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ ЛИЧНОСТЬЮ, ТРЕБУЮТ СОБЛЮДЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОГО	1	№ 2. С. 130-131

	<p>ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДРЕСС-КОДА. ФИЗИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ИМИДЖА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬЮ, ЗДОРОВЫМ И УХОЖЕННЫМ ВНЕШНИМ ВИДОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Габитарный имидж. 2) Кинететический имидж 3) Коммуникативный имидж 4) Ментальный имидж 		
2.	<p>ДАННЫЙ ВИД ИМИДЖА ВРАЧА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАЧЕСТВОМ НЕВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ (МИМИКА И ПАНТОМИМИКА), ПОЛОЖЕНИЕ В ПРОСТРАНСТВЕ (ПОХОДКА, ОСАНКА), ЖЕСТЫ (ПОКЛОН, ПОВОРОТ К СОБЕСЕДНИКУ ИЛИ ОТ НЕГО И ДР.), ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАКОВ (ДАРЕНИЕ ЖЕНЩИНЕ БУКЕТА ЦВЕТОВ, ПОДНЕСЕНИЕ КО РТУ СИГАРЕТЫ И Т. П.).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Габитарный имидж. 2) Кинететический имидж 3) Коммуникативный имидж 4) Ментальный имидж 	2	№ 2. С. 130-131
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>ЭТИ ВИДЫ ИМИДЖА СОСТАВЛЯЮТ ВАЖНУЮ ЧАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Габитарный имидж. 2) Кинететический имидж 3) PR имидж 4) Коммуникативный имидж 5) Ментальный имидж 	1,2,4,5	№ 2. С. 130-131
2.	<p>ОВЛАДЕНИЕ адекватной манерой поведения, языком тела, внешним обликом, приемлемыми для профессиональной ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Габитарный имидж 2) габитус 3) PR имидж 	4	№ 2. С. 130-136

	4) Коммуникативный имидж 5) Ментальный имидж		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Синдром эмоционального выгорания врача имеет фазы. Раскройте их.	<p>Первая – фаза напряжения. Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность и реакции депрессивного типа. Вторая – фаза сопротивления. Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избежать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению 118 собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. Третья фаза – «фаза истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности,</p>	№ 9. С. 117-118

		склонность к соматизации, нарушений со стороны сердечнососудистой и других физиологических систем.	
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вам предстоит провести педагогические исследование. Задание перечислите математические методы, которые можно использовать в исследовании?	В группе математических методов, находящихся применение в педагогическом исследовании, выделяются методы установления количественных зависимостей, метод вычисления элементарных статистик, а также методы статистического выявления связей.	№ 8 С. 21.
2.	Вам предстоит провести педагогические исследование. Задание: перечислите статистические методы, которые можно использовать в исследовании?	Метод регистрации состоит в том, что выявленные при изучении предмета исследования некоторые установленные факты регистрируются: фиксируется определённым образом. Это позволяет накапливать информацию и переводить её в числовые показатели, выявлять не только наличие, но и количество тех или иных явлений, событий, определять их частоту (количество за единицу времени).	№ 8 С. 22

	<p>Например, могут регистрироваться опоздания, пропуски занятий, различные достижения учащихся и педагогов и т.д.</p> <p>При ранжировании рассматриваемые объекты и явления выстраиваются в определённой последовательности, например: наиболее важным присваивается 1-й ранг, менее важным – 2-й и т.д. Данный метод необходим, когда не существует готовой научно обоснованной методики оценивания изучаемого свойства, так как практически всегда можно использовать ранжирование по скорости выполнения заданий, по количеству допущенных ошибок, по частоте ответов и т.д.</p> <p>Шкалирование предполагает «введение цифровых показателей в оценку отдельных сторон педагогических явлений». При шкалировании каждому из выявляемых показателей приписывается определённое количество баллов, и на основе этого составляются шкалы оценивания изучаемого явления по каждому оценочному критерию. Как метод познания управляемого объекта шкалирование позволяет формализовать</p>	
--	---	--

		полученные данные, переводя их в числовые показатели, сравнивать их с существующими нормативами и выявлять отклонения, что существенно облегчает обработку больших массивов информации.	
3.	Вам предстоит провести педагогические исследование. Перечислите и раскройте суть методов статистического выявления связей	К методам статистического выявления связей относятся графопостроение, сравнение элементарных статистик, метод корреляций, факторный анализ и др. Общая особенность этих методов состоит в том, что с их помощью данные обрабатываются статистически, в результате чего выявляются тенденции, степени вероятности прогнозов, уровни значимости влияющих на процесс факторов, совпадения динамики тех или иных параметров изучаемой образовательной системы. Достоверность результатов при использовании методов данной подгруппы зависит от корректности применения соответствующих инструментов (формул, диаграмм, графиков) и правильности выполняемых вычислений. Кроме того, статистически достоверные выводы	№ 8 С. 22-23

		<p>можно сделать только при анализе достаточно большой выборки данных.</p> <p>Графопостроение - метод построения графических изображений на основе полученных числовых показателей.</p> <p>Графическими изображениями могут быть различные диаграммы, отражающие тенденцию изменения некоторых показателей за некоторый отрезок времени, зависимость одних параметров от других, а также некоторую последовательность происходящих в управляемой системе изменений.</p>	
4.	<p>Вам предстоит провести педагогические исследование. Перечислите и раскройте суть метода корреляций.</p>	<p>Метод корреляций – это метод статистического выявления взаимосвязей между полученными показателями. С его помощью математически определяются зависимости, устанавливаются закономерности, характерные для исследуемого процесса в данных условиях его протекания. Чаще всего в педагогическом исследовании используется простая линейная корреляция (корреляция Пирсона). Корреляция в данном методе – это связь между признаками, заключающаяся в</p>	№ 8 С. 23-24

		<p>изменении средней величины одного из них в зависимости от изменения значения другого. Корреляция может быть положительной или отрицательной. Если между двумя сопоставляемыми признаками есть прямая зависимость (с увеличением одного признака возрастает и другой), то можно говорить о положительной корреляции между ними. Если зависимость обратная (с ростом одного признака второй признак уменьшается), то это отрицательная корреляция. Примеры корреляций: при увеличении доли использования в учебном процессе новой методики повышается самостоятельность учащихся (положительная); но снижается скорость «прохождения материала» (отрицательная). Главное достоинство метода корреляций состоит в том, что он позволяет выявлять зависимость между, на первый взгляд, не связанными друг с другом показателями.</p>	
5.	<p>Подготовьте сценарий деловой игры «Защити свои права в сфере образования». Какие нормативно-правовые акты понадобятся для их раскрытия?</p>	<p>Нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность системы образования К федеральным документам относятся:</p>	№ 8. С.39

		<p>Конституция Российской Федерации Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"; Типовое положение об образовательном учреждении высшего профессионального образования (вышем учебном заведении), утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2008 года № 71;</p> <p>Концепция федеральной целевой программы "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России" на 2014-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 мая 2013 года N 760-р. (с изменениями на 23 октября 2014 года)</p> <p>Федеральный государственный образовательный стандарт. Примерная основная образовательная программа образовательного учреждения.</p>	
--	--	--	--

	<p>Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России.</p> <p>Трудовой Кодекс Российской Федерации.</p> <p>К внутривузовским документам относятся:</p> <p>Устав образовательного учреждения (ОУ) - университета</p> <p>Образовательный план на основе базисного учебного плана.</p> <p>Календарно-тематическое планирование.</p> <p>Рабочая программа.</p> <p>Учебно-методический комплекс дисциплины.</p>	
--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Аттестация – это	<p>Оценка соответствия педагогического работника квалификационным требованиям осуществляется не только при приеме на работу, но и в процессе трудовой деятельности. Цель аттестации – определение соответствия уровня профессиональной компетентности педагогических работников требованиям к квалификации при присвоении им квалификационных категорий. Она призвана обеспечить целенаправленное повышение уровня профессиональной компетентности и</p>	№ 8 С. 32

		оплаты труда. Положение утверждено приказом Минобрнауки от 26.06.2000 № 1908. Статья 49 Закон «Об образовании в Российской Федерации».	
2.	Управление системой образования включает в себя:	<p>1) формирование системы взаимодействующих федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования;</p> <p>2) осуществление стратегического планирования развития системы образования;</p> <p>3) принятие и реализацию государственных программ Российской Федерации, федеральных и региональных программ, направленных на развитие системы образования;</p> <p>4) проведение мониторинга в системе образования;</p> <p>5) информационное и методическое обеспечение деятельности федеральных государственных органов, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное</p>	№ 8 С. С. 34-35

		<p>управление в сфере образования, и органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования;</p> <p>6) государственную регламентацию образовательной деятельности;</p> <p>7) независимую оценку качества образования, общественную и общественно-профессиональную аккредитацию;</p> <p>8) подготовку и повышение квалификации работников федеральных государственных органов, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере образования, органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования, руководителей и педагогических работников образовательных организаций.</p>	
3.	<p>Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) это</p>	<p>представляют собой совокупность требований, обязательных при реализации основных образовательных программ высшего образования (ВО) образовательными учреждениями,</p>	

		имеющими государственную аккредитацию.	
4.	Основная образовательная программа (ООП по ФГОС 3 или ОП по ФГОС 3+ и 4)) это	Система взаимосвязанных документов, самостоятельно разработанная и утвержденная высшим учебным заведением с учетом требований рынка труда по соответствующему направлению подготовки, а также с учетом рекомендованной примерной образовательной программы, размещенной на сайте Министерства образования и науки Российской Федерации. ООП регламентирует цели, ожидаемые результаты, содержание, условия и технологии реализации образовательного процесса, оценку качества подготовки выпускника.	№ 8 С. 36-37
5.	Дидактической системой называют	упорядоченную систему целей, содержания, форм, методов и средств обучения. Эта система функционирует во взаимной деятельности учителя и учащихся, в ходе которой происходит усвоение знаний и способов действий и развитие индивидуальных способностей учащихся.	№ 8 С. 40

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - методами обучения и воспитания обучающегося

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ ПРОЦЕСС ДВУСТОРОННЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ ПО ПЕРЕДАЧЕ И УСВОЕНИЮ ЗНАНИЙ. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРИ ЭТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПРЕПОДАВАНИЕМ, А ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАЩИХСЯ - УЧЕНИЕМ.</p> <p>1) Воспитание 2) Обучение 3) Развитие 4) Социализация</p>	2	№ 8 С. 40
2.	<p>ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА И РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ, СИСТЕМА ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, СПОСОБОВ МЫШЛЕНИЯ, МИРОВОЗЗРЕНИЯ, ПРАВСТВЕННОСТИ И ОБЩЕЙ КУЛЬТУРЫ.</p> <p>1. Воспитание 2. Обучение 3. Развитие 4. Образование</p>	4	№ 8 С. 42
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>ЗНАНИЯ КАК ПРЕДМЕТ УСВОЕНИЯ ИМЕЮТ 3 ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТОРОНЫ:</p> <p>1) теоретическую, 2) практическую,</p>	1, 2, 3	№ 8 С.42

	3) мировоззренческо- нравственную 4) традиционную		
2.	УМЕНИЯ - ОВЛАДЕНИЕ СПОСОБАМИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ НА ПРАКТИКЕ. РАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ГРУППЫ 1) общечеловеческие, 2) общие учебные (письмо), 3) поисково-информационные 4) организационные.	1, 2, 3, 4	№ 8 С. 42-43
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	Дидакт И.Я.Лернер говорит о трех уровнях знаний. 1 уровень 1 уровень 2 уровень А. Усвоение и воспроизведение Б. Использование на практике В. Перенос на нестандартные ситуации.	1. – А 2. – Б 3.- В	№ 8 С. 42

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Познавательная активность – характеристика деятельности учащихся, заключающаяся в мобилизации интеллектуальных, нравственных и волевых сил для решения учебно-познавательной задачи. Без активности учащегося процесс обучения не состоится. Однако и учитель должен активно воздействовать на учащихся, мотивировать их. Задание: назовите три способа активизации познавательной активности обучающихся.	Проблемное изложение Сократический диалог Интерактивные методы обучения	№ 8 С. 43
2.	Вы хотите выстроить процесс обучения в русле педоцентристской концепции. Задание: поясните логику педагогического процесса согласно данной концепции.	В педоцентристской концепции главную роль в обучении играет процесс учения - деятельность ребенка. В основе этого лежит система Д. Дьюи,	№ 8 С.51-52

	<p>трудова́я шко́ла Г. Кершенштейнера, В. Лая - теории периода реформ в педагогике в начале 20 века. Педоцентристскую дидактику называют также <i>прогрессивистской</i>, «обучением через делание». Д. Дьюи, работы которого оказали огромное влияние на западную школу, особенно американскую, предлагал строить процесс обучения, исходя из потребностей, интересов и способностей ребенка. Для достижения цели обучения - развития общих и умственных способностей, разнообразных умений детей – обучение строилось как открытие, получение знаний учениками в ходе их спонтанной деятельности, а не как заучивание и воспроизведение готовых знаний. Структуру процесса обучения составляют этапы: ощущение трудности в процессе деятельности, формулировка проблемы, сути затруднения, выдвижение и проверка гипотез по решению проблемы, выводы и деятельность в соответствии с полученным знанием, которые, по сути воспроизводят</p>	
--	--	--

		<p>исследовательское мышление, научный поиск. Другой реформатор В.Лай выделял в процессе обучения три этапа: восприятие, переработку, выражение. Под «выражением», понималась разнообразная деятельность детей на основе знаний: сочинения, рисунки, театр, практические работы, которая составляла педагогику действия.</p>	
3.	<p>На методологическом семинаре для преподавателей Вам необходимо объяснить суть педоцентристской концепции обучения. Задание. Какие недостатки этой концепции Вы озвучите?</p>	<p>Педоцентристская концепция хотя и ориентирована на активизацию познавательной деятельности учеников и способствует развитию мышления, умения решать проблемы, однако справедливо критикуется за утрату систематичности, случайный отбор материала, отсутствие глубокой его проработки. Помимо переоценки спонтанной деятельности детей, недостатком такой концепции являются большие затраты времени - такое обучение неэкономно.</p>	№ 8 С.50
4.	<p>Дидактические системы — это теоретически обоснованная и логически выстроенная совокупность взаимосвязанных элементов: образовательных целей; содержания образования и обучения; обучающихся и их личностных</p>	<p>Классно-урочная система – уроки в школе. Проектная дидактическая система. Бригадно-лабораторная система.</p>	№ 8 С.50

	<p>характеристик; обучающих и автоматизированных средств; форм организации совместного труда обучающихся и обучающихся и дидактических процессов (моделей обучения) как способов реализации целей и педагогического процесса в целом. Дидактическая система выступает в качестве подсистемы по отношению к системе высшего порядка — педагогической системе. Задание: постройте занятие согласно одной из дидактических систем.</p>		
5.	<p>О какой педагогической категории идёт речь в описании: «... характеристика деятельности учащихся, заключающаяся в мобилизации интеллектуальных, нравственных и волевых сил для решения учебно-познавательной задачи.»</p>	<p>Познавательная активность</p>	<p>№ 8 С. 48</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Закономерности обучения это</p>	<p>Существенные и необходимые связи между его условиями и результатом, обусловленные ими принципы определяют стратегию решения целей обучения (эта стратегия определяется термином подход)</p>	<p>№ 8 С. 44</p>
2.	<p>Принцип</p>	<p>Исходное положение, идея, основное требование, вытекающее из закономерностей. Принципы целостного педагогического процесса - это система исходных требований и правил, выполнение которых обеспечивает достижение основных целей обучения.</p>	<p>№ 8 С. 44</p>
3.	<p>Правило</p>	<p>Основанное на общих принципах описание</p>	<p>№ 8 С. 44</p>

		педагогической деятельности в определенных условиях для достижения определенной цели. Руководящие положения, которые раскрывают отдельные стороны применения того или иного принципа обучения. Правила вытекают из принципов обучения.	
4.	Диалог в обучении	Взаимодействие между людьми в условиях учебной ситуации, в ходе которого происходит информационный обмен между партнерами и регулируются отношения между ними.	№ 8 С. 45
5.	Сократический диалог	Одна из разновидностей обучающего диалога, восходящая к философской школе Сократа	№ 8 С. 45

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИСТЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ	1	№ 8 С. 53

	<p>ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ И УЧАЩИХСЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УСВОЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Метод обучения 2) Дидактическая система 3) Метод воспитания 4) Форма обучения 		
2.	<p>СОСТАВЛЕНИЕ И ПРЕДЪЯВЛЕНИЕ ЗАДАНИЯ НА ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ ЗНАНИЙ И СПОСОБОВ УМСТВЕННОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. РУКОВОДСТВО И КОНТРОЛЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ ПО И.Я.ЛЕРНЕРУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Информационно-рецептивный метод 2) Репродуктивный метод 3) Эвристический метод 	2	№ 8 С.55
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>ИССЛЕДОВАНИЯ Ю. К. БАБАНСКОГО, М. И. МАХМУТОВА И ДР. ПОКАЗАЛИ, ЧТО ПРИ ВЫБОРЕ И СОЧЕТАНИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КРИТЕРИЯМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Соответствие целям и задачам обучения и развития; 2) Несоответствие содержанию темы занятия; 3) Соответствие реальным учебным возможностям учащихся: возрастным (физическим, психическим), уровню подготовленности (обученности, развитости, воспитанности), особенностям группы; 4) Несоответствие имеющимся условиям и отведенному для обучения времени; 5) Соответствие возможностям самих педагогов. Эти возможности определяются их предшествующим опытом, методической подготовленностью, уровнем психолого-педагогической подготовки. 	1,3,5	№ 8 С.55-56

2.	<p>К ГРУППЕ ПРОДУКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ПО И.Я.ЛЕРНЕРУ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) Информационно-рецептивный метод</p> <p>2) Репродуктивный метод</p> <p>3) Метод проблемного изложения</p> <p>4) Эвристический метод</p>	3, 4	
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>Сопоставьте метод и его описание</p> <p>1. Восприятие знаний. Осознание знаний. Запоминание (преимущественно произвольное)</p> <p>2. Составление и предъявление проблемных задач для поиска решений. Контроль за ходом решения</p> <p>3. Постановка проблемы и раскрытие доказательного пути ее решения</p> <p>А.Эвристический метод Б.Информационно-рецептивный метод В.Проблемный метод Г.Метод развития критического мышления</p>	1-Б 2-А 3-В	№ 8 С.55

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Вам необходимо составить рабочую программу по дисциплине. Опишите распределение методов по уровню освоения дисциплины соответственно логической последовательности — от простого знакомства с учебной информацией до творческого ее преломления в решении профессиональных проблем.</p>	<p>Ознакомление с учебной информацией (прослушивание лекций, изучение материальных объектов, источников информации и др.);</p> <p>Выполнение умственных действий (решение ситуационных задач и др.);</p> <p>Выполнение мануальных действий на моделях и/или пациенте;</p>	№ 8 С.57

		<p>Учебные игры — воспроизводящие ситуации, моделирующие осваиваемую деятельность путем игры по заданным правилам;</p> <p>Учебно-исследовательская работа (от реферирования источников информации, рецензирования, до проведение исследования, в том числе научного).</p>	
2.	<p>Вам необходимо составить рабочую программу по дисциплине. Опишите распределение интерактивных методов обучения.</p>	<p>Творческие задания.</p> <p>Работа в малых группах.</p> <p>Обучающие игры.</p> <p>Ролевые.</p> <p>Деловые.</p> <p>Образовательные.</p> <p>Использование общественных ресурсов.</p> <p>Приглашение специалиста.</p> <p>Экскурсии.</p> <p>Социальные проекты.</p> <p>Соревнования.</p> <p>Выставки, спектакли, представления и т.д.</p> <p>Разминки (различного рода).</p> <p>Изучение и закрепление нового информационного материала.</p> <p>Интерактивная лекция.</p> <p>Ученик в роли учителя.</p> <p>Работа с наглядным пособием.</p> <p>Каждый учит каждого.</p> <p>Использование и анализ видео-, аудио-</p>	№ 8 С.58

		<p>материалов; Практическая задача, кейс-метод; разбор ситуаций из практики участника; Работа с документами. Составление документов. Письменная работа по обоснованию своей позиции. Обсуждение сложных и дискуссионных проблем Тестирование, экзамен с последующим анализом результатов.</p>	
3.	<p>Преподаватель организует работу в малых группах. О каких правилах работы в группах он рассказывает студентам?</p>	<p>Правила: быть активным, уважать мнение участников быть доброжелательным, быть пунктуальным, ответственным, не перебивать, придерживаться регламента, креативить, стремиться найти истину, соблюдать правила</p>	№ 9 С.90
4.	<p>Преподаватель организует работу в малых группах. Почему необходимо записать инструкцию на доске?</p>	<p>Маловероятно, что группа сможет воспринять более одной или двух, даже очень чётких инструкций за один раз, поэтому надо записывать инструкции на доске ли карточках</p>	№ 9 С.91
5.	<p>Работа в малых группах – неотъемлемая часть многих интерактивных методов. Если преподаватель организует работу в малых группах, какие методы он может использовать? Приведите не менее двух примеров таких интерактивных методов.</p>	<p>Мозаика, дебаты, общественные слушания, игры.</p>	№ 9 С.90

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Форма обучения	Способ осуществления учебного процесса, оболочка для его внутренней сущности, логики и содержания. Форма обучения связана с числом студентов в группе, временем и местом обучения, порядком его осуществления и т.п.	№ 8 С.62
2.	Что относится к формам обучения в высшей школе?	К формам обучения в вузе относят лекции и практические занятия, практики.	№ 8 С.62
3.	Что является вариантами практических занятий в высшей школе?	Вариантами практических занятий являются семинары, лабораторные занятия, практикумы, экскурсии, тренинги.	№ 8 С.62
4.	Функции лекции в высшей школе.	Лекция является весьма экономичным способом получения знаний. Здесь знания подаются в обобщенном систематизированном виде, что позволяет студентам быстрее и надежнее усваивать знания и ориентироваться самостоятельно в новой информации. Экономический эффект состоит и в том, что лекцию можно читать одновременно большому числу слушателей. Большое значение лекция играет в развитии культуры мышления студента. Лектор знакомит слушателей с процессом научного мышления, показывает	№ 8 С.62

		<p>его образцы. Это наиболее гибкая форма подачи учебной информации. Таким образом, лекция вводит студента в изучаемую науку, обеспечивает ему первое знакомство с основными научно-теоретическими положениями и тем самым определяет и другие формы изучения данной науки.</p>	
5.	<p>Что входит в первый этап процесса подготовки содержания лекции?</p>	<p>На первом этапе подготовки лекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формируются цели; - определяется место данной конкретной лекции в структуре темы и раздела; - выявляется уровень подготовленности студентов; - производится отбор теоретического и фактического материала. <p>Анализируется состояние вопроса в современной науке, наличие дидактических трудностей, пригодности учебников и учебных пособий и т.д. В зависимости от наличия того или иного материала в учебных пособиях определяется дозировка времени, отводимого на определенные разделы учебной дисциплины, и планируется самостоятельная работа студентов. Главное внимание на</p>	№ 8 С.62-63

	<p>этом этапе уделяется содержанию лекции, подбору теоретического и фактического материала.</p> <p>Среди особенностей содержания лекции можно выделить наиболее важные. Это: научность, доступность, занимательность.</p>	
--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ЦЕЛИ СЕМИНАРА:</p> <p>1) формирование навыка переработки научных текстов, обобщения материала, развитие критичности мышления и др.;</p> <p>2) передача знаний в монологической форме</p> <p>3) отработка мануальных навыков</p>	1	№ 8 С.66-67
2.	<p>НА ЭТОМ ВИДЕ СЕМИНАРА СТУДЕНТЫ ВЫСТУПАЮТ С ДОКЛАДАМИ, КОТОРЫЕ ЗДЕСЬ ЖЕ И ОБСУЖДАЮТСЯ ВСЕМИ УЧАСТНИКАМИ ПОД РУКОВОДСТВОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ. ЭТО САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА СЕМИНАРА.</p> <p>1) вопрос-ответная форма</p> <p>2) семинар-конференция</p> <p>3) семинар в виде учебно-ролевой</p>	2	№ 8 С.67

	игры 4) семинар- игра		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ПОДГОТОВКА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ К СЕМИНАРУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) После просмотра учебников и методической литературы преподаватель приступает к составлению плана семинара. 2) Прежде всего, формулируется тема, определяется ее цель: пополнить лекционную информацию, повторить для закрепления в памяти, научить приемам работы с этой информацией и др. 3) Затем избирается форма проведения семинара в соответствии с поставленными целями и характером информации. 4) После этого составляется план, в котором указываются вопросы для обсуждения, литературные источники с указанием страниц. 5) Отбирать рекомендуемую литературу следует с учетом новизны (предпочтительна новая), объема, сложности текста и доступности при поиске. Целесообразно использовать хрестоматии и различные методические пособия. 6) Полезно сформулировать критерии оценки выступления по временным показателем. 	1, 2, 3, 4 , 5, 6	№ 8 С.67-68
2.	<p>ПО НАЗНАЧЕНИЮ СЕМИНАРЫ ДЕЛЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учебные – имеющие своей целью углубленное изучение темы, рассматриваемой в учебном процессе. 2. По обмену опытом – цель которых – обобщение и передача опыта. 3. Научные – по выработке научных методов решения новых проблемных вопросов. 4. Методологические 	1,2,3	№ 8 С.67-68

	5. Диспуты		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		№ 8 С.67-68
1.	<p>Разработка текста лекции Это этап разработки и шлифовки плана лекции. При работе над планом преподаватель должен предусмотреть этапы – расположите в правильной последовательности</p> <p>1. Рефлексия 2. Вводный этап 3. Основной этап</p>	2,3,1	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вы проводите семинар и стремитесь реализовать все преимущества семинара как формы обучения. На что Вы сделаете упор?	<p>На семинаре:</p> <ul style="list-style-type: none"> - происходит снятие психологического барьера у студентов (стеснительность, неловкость, неуверенность при непосредственном общении с преподавателем); - студенты становятся более активными. Они закрепляют знания, формируют умение доносить мысль до слушателя, навыки дискуссии и публичного выступления, делового общения и лучше запоминают материал; - преподаватель имеет возможность детальнее и глубже донести учебный материал до студентов, пополнить его новой информацией; - преподаватель получает возможность лучше узнать студентов, их типичные 	№ 8 С.68

		ошибки и свои недочеты, что дает ему возможность своевременно внести изменения в читаемый курс.	
2.	Вы реализуете план воспитательной работы на кафедре, в частности через метод приучения. Опишите данный метод. Приведите примеры	<p>Приучение как метод воспитания предполагает культивирование у воспитанника способности к организованным действиям и разумному поведению как условию становления основ нравственности и устойчивых форм поведения. Приучение предполагает демонстрацию воспитателем образца или процесса правильного выполнения действий. Воспитанник должен научиться идеально копировать и систематически поддерживать обретенное умение или навык. Приучение достигается через систему упражнений.</p> <p>Сущность упражнений (приучения) как повторения одних и тех же действий, поступков и вызывающих их потребностей и мотивов поведения. С физиологической точки зрения, навыки и привычки поведения представляют собой результат повторения и закрепления определенного образа</p>	№ 8 С.76-77

		действий, определенных нервных связей между организмом и средой. Пример – педагог спрашивает только тех, кто тянет руку.	
3.	Вы реализуете план воспитательной работы на кафедре, в частности через метод контроля. Опишите данный метод. Приведите примеры.	Наблюдение за деятельностью и поведением учащихся с целью побуждения их к соблюдению установленных правил поведения, а также к выполнению предъявляемых заданий или требований. Средства осуществления контроля являются: повседневное наблюдение за поведением и работой учащихся, индивидуальные беседы о выполнении полученных заданий или общественных поручений, отчеты студентов перед товарищами о своей работе и дисциплине.	№ 8 С.77
4.	Вы планируете применить метод бенчмаркинга (примера) на занятиях, но с воспитательными целями. Опишите данный метод. Приведите примеры	Использование образцов поведения и деятельности других людей для возбуждения у учащихся стремления (потребности) к активной работе над собой, к развитию и совершенствованию своих личностных свойств и качеств и преодолению имеющихся недостатков. Психологической основой влияния	№ 8 С.77

		положительного примера на воспитание студентов является стремление к подражанию. Пример: педагог рассказывает о своей научной школе, тем самым мотивируя студентов к занятиям наукой.	
5.	Вы собираетесь рассказать подросткам о важности отказа от вредных привычек, применив метод убеждения. Опишите данный метод. Приведите примеры	метод воспитания, который выражается в эмоциональном и глубоком разъяснении сущности социальных и духовных отношений, норм и правил поведения, в развитии сознания и чувств. Только через механизмы содержательной и эмоционально окрашенной разъяснительной работы этот метод находит свое педагогическое осуществление. Можно убедительно показать взаимосвязь табакокурения с репродуктивной функцией мужчин женщин.	№ 8 С.77

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Классификацию образовательных технологий, предложенную А. Я. Савельевым:	По направленности действия (ученики, студенты, преподаватели и т.д.); по целям обучения; по предметной среде (гуманитарные, естественные,	№ 8 С. 85

		<p>технические дисциплины и т.д.); по применяемым техническим средствам (аудиовизуальные, компьютерные, видеокomпьютерные и т.д.); по организации учебного процесса (индивидуальные, коллективные, смешанные); по методической задаче (технология одного предмета, средства, метода).</p>	
2.	<p>Классификация педагогических технологий (по В. Т.Фоменко), предполагающие построение учебного процесса:</p>	<p>на деятельностной основе, на концептуальной основе, на крупноблочной основе, на опережающей основе, на проблемной основе, на личностно-смысловой основе, на альтернативной основе, на диалоговой основе, на взаимной основе.</p>	№ 8 С. 85
3.	<p>Почему целеполагание рассматривают как системообразующий элемент технологии?</p>	<p>В педагогической технологии цели образования задаются в следующих аспектах: 1. Диагностично поставленная цель означает: - дано точное описание качества, которое необходимо сформировать; - разработаны способы для диагностики этого качества; - возможно изменение этого качества в процессе формирования; - предложены</p>	№ 8 С. 83

		<p>критерии оценки качества (например, опознание, различие, владение основными алгоритмами, продуктивные действия, творческое применение).</p> <p>2. Конструктивно поставленная цель – это цель с учетом профессиональных возможностей педагога и возможностей обучаемых.</p>	
4.	<p>Разработка компонентов УМК должна осуществляться на основе следующих дидактических принципов:</p>	<p>Соответствие ГОС ВПО и ФГОС ВПО (или рабочей программе для вузовского компонента);</p> <p>Четкая структуризация (модульность) учебного материала;</p> <p>Последовательность изложения учебного материала;</p> <p>Полнота и доступность информации;</p> <p>Определение компетенций, которых должен достичь студент;</p> <p>Соответствие объема учебных материалов объему часов (зачетных единиц), отведенных на изучение дисциплины;</p> <p>Комплексность (теоретические, практические материалы, промежуточная и итоговая аттестация);</p> <p>Мобильность (модернизация компонентов УМК каждые 1–1,5 года);</p> <p>Современность и соответствие научным достижениям в соответствующей</p>	№ 8 С. 93

		сфере; Оптимальность (размещение дидактических единиц на различных носителях информации); Доступность компонентов УМК для студентов и преподавателей.	
5.	Метод проектов –	Система обучения, при которой обучающиеся приобретают знания и умения в процессе планирования и выполнения постепенно усложняющихся практических заданий – проектов. Возник во второй половине 19 века в США, основывается на теоретических концепциях прагматической педагогики Дж. Дьюи, провозгласившей «обучение посредством делания». Современные ученые-педагоги различают проектную форму организации учебного процесса, альтернативную классно-урочной и лекционно-семинарской системе, и метод проектов, который может быть использован на занятиях наряду с другими методами обучения.	№ 8 С. 103

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по
--------------------------------------	------------------------

	дисциплине
	Знать
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1 – теоретико-методологические основы педагогики

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ КАК НАУКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ 1) прогресс науки и техники 2) забота родителей о счастье детей 3) биологический закон сохранения рода 4) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду	4	№8, С.10
2.	СЛОВЕСНАЯ ФОРМА ГРУППОВОЙ ПРОБЛЕМНОЙ РАБОТЫ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЮ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ДВИЖЕНИЯ ОТ ЛИЧНЫХ ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ МНЕНИЙ, ИДЕЙ, ПОЗИЦИЙ К ОБЩЕМУ РЕЗУЛЬТАТУ - ПРОДУКТУ ПО ОСВОЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННОЦЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ – 1) конференция 2) круглый стол 3) диспут 4) симпозиум	3	№8, С.116
Выберите несколько правильных ответов			
1.	В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ПО ПРОГРАММАМ СРЕДНЕГО И ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ТЕХНОЛОГИИ 1) развития критического	1, 2, 3	№8, С. 109

	мышления 2) проектную 3) проблемную 4) внеклассную		
2.	СРЕДСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КЛАССИФИЦИРУЮТ ПО 1) эффективности 2) характеру воздействия на обучаемых 3) степени сложности 4) происхождению	2, 3, 4	№8, С.66
	Сопоставьте уровни проблемности и методы проблемного обучения по способу решения проблемных задач		
1.	1. Педагог сам формулирует проблему и самостоятельно её решает. 2. Педагог ставит проблему, а решение достигается совместно с обучающимися. 3. Педагог формулирует проблему, а решение достигается обучающимися самостоятельно. 4. Учащиеся формулирует проблему и находят её решение. А. Проблемное изложение Б. Частично-поисковые методы, совместное обучение В. Исследование Г. Творческое обучение Д. Традиционное обучение	1.- А, 2. – Б, 3.- В 4. - Г	№8, С. 114

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Преподаватель проводил проблемный семинар, но часть запланированных вопросов не успели рассмотреть. Предложите не менее двух вариантов объяснения данной ситуации	1. Преподаватель не учёл ограничения проблемного обучения - при проблемном обучении требуется больше времени на изучение учебного материала в сравнении с традиционным обучением. 2. Преподаватель запланировал для обсуждения большое	№8, С.112

		число вопросов - не учёл число Миллера. 3. Преподаватель не учёл, что данная студенческая группа слабая, не готова к проблемному обучению	
2.	Студент не видит смысла посещать лекции и говорит об этом. Как вы обоснуете достоинство лекционной формы обучения с позиции физиологии?	На лекции в восприятии учебного материала у студентов участвует группа анализаторов – зрительный (особенно когда лекция сопровождается демонстрацией), слуховой, а если студент конспектирует, то подключена моторная память.	№8, С.70
3.	На занятии у студента идёт формирование нового опыта, затем его применение и теоретическое осмысление. Какой вариант обучения применяет преподаватель?	Преподаватель использует интерактивное обучение	№8, С.65
4.	При изучении темы «Пищеварение» студенты спрашивают «Почему возникает изжога при приёме большого количества пищи или при принятии алкоголя?». Какой методический приём создания проблемной ситуации применил преподаватель?	Выдвижение проблемного вопроса.	№8, С.115
5.	При обучении студенты проходят стадии вызова, осмысления содержания, рефлексии. Какую образовательную технологию применяет преподаватель?	Преподаватель применяет технологию развития критического мышления.	№8, С.145

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятия «дидактика»	Дидактика – теория обучения- часть педагогической науки, объектом которой выступает процесс обучения, включающий в себя взаимосвязанные преподавание и учение, а	№2, С.153

		предметом – системы обучения (закономерные связи и отношения, функционирующие в данном процессе, содержание образования, принципы, организационные формы, способы и средства реализации целей обучения).	
2.	Дайте определение понятия «андрагогика».	Андрогогика – отрасль педагогической науки, охватывающей теоретические и практические проблемы образования, обучения и воспитания взрослых.	№8, С.274
3.	Что означает категория «компетенция»?	Компетенция – способность применять знания, умения, навыки и личностные качества для успешной деятельности в определённой (профессиональной) области.	№8, С.276
4.	Почему категорию «обучение» называют парной?	Обучение – парная категория, так как представляет совместную деятельность преподавателя (категория «преподавание») и субъектов учения (категория «учение»).	№8, С.277
5.	В чём заключается цель обучения?	Цель обучения заключается в формировании у субъекта учения определённого вида деятельности	№8, С.281

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Знать
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1 – основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КНИГА, СОДЕРЖАЩАЯ СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (ПРЕДМЕТА), СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ, И ОФИЦИАЛЬНО УТВЕРЖДЕННОЕ В КАЧЕСТВЕ ДАННОГО ВИДА ИЗДАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ 1) учебником 2) методическим пособием для учителя 3) энциклопедией 4) справочником	1	№8, С.194
2.	СУБЪЕКТ ОБУЧЕНИЯ 1) ученик 2) учебная группа (класс) 3) преподаватель 4) преподаватель вместе с учебной группой	4	№8, С.255
Выберите несколько правильных ответов			
1.	ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В 1) пропаганде здорового образа жизни 2) в специальном обучении пациентов по обучающим программам 3) педагогической работе с родственниками пациентов 4) обучающих мероприятиях со средним и младшим медицинским персоналом	1, 2, 3, 4	№2, С.18
2.	ФГОС ВО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ТРЕБОВАНИЯ К 1) структуре основных образовательных программ и	1, 2, 3	№8, С.41

	их объёму 2) условиям реализации основных образовательных программ 3) результатам освоения основных образовательных программ 4) средствам обучения		
	Сопоставьте элементы педагогического процесса и их предназначение		
1.	1. Цель А. Для чего учить 2. Содержание учебной информации Б. Чему учить 3. Методы, приёмы обучения, средства коммуникации Г. Как учить 4. Преподаватель Д. Обучение 5. Обучающийся Е. Учение	1. – А, 2. – Б, 3. – Г, 4. – В, 5. – Е	№8, С.15

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Сущность обучения заключается в замене стратегии «от знаний к решению проблемы» на стратегию «от проблеме к знаниям». О каком виде обучения идёт речь в задании?	Для проблемного обучения характерна замена стратегии «от знаний к решению проблемы» на стратегию «от проблеме к знаниям».	№8, С.112
2.	Преподаватель познакомился с нормативным документом, который определяет состав учебных предметов, последовательность их изучения по годам обучения; недельное и годовое количество учебных часов, отводимых на изучение каждого предмета; структуру и продолжительность учебного года. Определите, с каким документом познакомился преподаватель.	Учебный план	№8, С.107
3.	Внешняя сторона организации учебного процесса; конструкция отдельного звена процесса обучения, определенный вид занятий (урок, лекция, семинар, экскурсия, факультатив, кружок, экзамен и др.). Догадайтесь по определению, о	Форма обучения.	№8, С.48

	каком понятии идет речь.		
4.	Обучающийся занят деятельностью по овладению знаниями, умениями, навыками и способами познавательной деятельности. Какая категория педагогики характеризует деятельность студента?	Категория «Учение».	№8, С.46
5.	На какой нормативный документ, очерчивающий круг основных знаний, умений, навыков, которые должны быть усвоены по каждому отдельно взятому предмету должен опираться студент в годы учёбы?	Учебная программа.	№8, С.195

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Что означает термин «медицинская педагогика»?	Термин «медицинская педагогика» обозначает педагогическую составляющую в медицинском образовании (искусство врачевания и общения с пациентом).	№2, С.17
2.	Дайте определение понятия «содержание образования»	Содержание образования – чёткая система знаний, умений, навыков, отобранных для изучения в определённом типе учебного заведения	№2, С.31
3.	Что представляет собой технология обучения?	Технология обучения – это выстроенная на основе законосообразности логическая последовательность операций, отражающая путь гарантированного достижения дидактической цели	№8, С.281
4.	Что понимают под педагогической деятельностью?	Педагогическая деятельность - целенаправленное, мотивированное воздействие педагога, ориентированное на	№8, С.176

		всестороннее развитие личности и подготовку воспитанника к жизни в современных социокультурных условиях.	
5.	Какая система основана на дидактических концепциях Я.А. Коменского, И. Песталоцци, И.Ф. Герберта и чему в ней отводится ведущая роль?	Традиционная дидактическая система основана на дидактических концепциях Я.А. Коменского, И. Песталоцци, И.Ф. Герберта и ведущая роль в ней отводится преподаванию, т.е. деятельности учителя.	№8, С. 57

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1 - психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ 1) имеет системный характер 2) объектное свойство, формирующее значимые психические регуляторы врачебного труда 3) синоним логического мышления 4) наследственно обусловлено	1	№8, С.157
2.	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1) задача, способ решения которой объективно неизвестен	2	№8, С. 280

	<p>2) учебная задача, сформулированная в терминах и условиях конкретной ситуации, с которой может встретиться на практике субъект учения</p> <p>3) синоним логической задачи</p> <p>4) разрабатывается группой студентов</p>		
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ГОТОВНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ К САМООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</p> <p>1) осознанность</p> <p>2) положительное отношение к самообразованию</p> <p>3) теоретическая подготовленность</p> <p>4) применение усвоенной информации на практике</p>	1, 2, 3, 4	№8, С. 148
2.	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМООБРАЗОВАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ</p> <p>1) установкой на готовность к самообразовательной деятельности</p> <p>2) созданием благоприятных условий для реализации самообразовательной деятельности</p> <p>3) определёнными критериями самообразования</p> <p>4) указаниями преподавателя</p>	1, 2, 3	№8, С. 150
Сопоставьте термины и понятия			
1.	<p>1. Педагогическая проблема.</p> <p>2. Проблемная задача.</p> <p>3. Проблематизация</p> <p> А. Объективно возникающий в педагогической теории и практике вопрос или комплекс вопросов относительно процесса обучения и воспитания человека</p> <p> Б. Учебная задача, решение которой подготовлено изученным материалом, требующая от субъекта учения самостоятельных дополнений изученного материала на основе уже сформированных у него качеств</p> <p> В. Механизм, лежащий в основе вскрытия проблемности объекта</p>	1 - А, 2 - Б, 3.- В	№8, С. 113

субъектом, материализованный в данной проблемной задаче. Г. Задача, способ решения которой объективно неизвестен.		
--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Преподаватель проводит лекцию либо с применением презентаций (слайды, фото, рисунки, схемы, таблицы), либо с использованием видеоматериалов или демонстрацией больного по теме как способ предъявления проблемы. Какой тип лекции использует преподаватель? К какой образовательной технологии её относят?	Лекция-визуализация, относят к технологиям проблемного изложения	№9, С. 43
2.	Перед занятием по педагогике студенты поспорили. Студент А. считал, что для развития мышления наиболее эффективны такие методы, как игра, рассказ, показ. Тогда как студент Б. считал наиболее эффективным методом дискуссию. Кто из студентов прав?	Наиболее эффективным методом для развития мышления является дискуссия. Студент Б. оказался прав.	№9, С. 70
3.	Преподаватель проектирует лекцию-визуализацию, полагая, что переключение внимания с текста на иллюстрацию повышает познавательный интерес, мотивацию студентов, способствует концентрации внимания на наиболее существенных моментах лекции. При отборе материала для визуализации о каком принципе следует помнить и какой (ие) вид (ы) визуализации лучше использовать?	Помня о принципе новизны лучше использовать разные виды визуализации или их сочетание.	№9, С. 44
4.	Обсуждая на занятии цели проблемного обучения, студенты высказали разные точки зрения: - студентка Н. считает, что главное научить студентов размышлять, опираясь на знание фактов и закономерностей науки, делать свои выводы и аргументировать решения; - студент И. видит цель в	Цели проблемного обучения – совокупность целей отраженных в высказываниях студентов. То есть каждый из студентов прав, но лишь частично	№8, С. 112

	<p>возможности приобрести систему знаний и сформировать профессиональное мышление;</p> <p>-студент С. Определяет цель как достижение высокого уровня развития обучающегося, развития способности к самостоятельности, самообучению, творчеству.</p> <p>Кто из студентов прав?</p>		
5.	<p>На лекции преподаватель дает студентам задание: слушать внимательно лекцию и находить и записывать неточности и возникающие ошибки, которые преподаватель допускает намеренно. В конце лекции преподаватель обсуждает со студентами все зафиксированные ими ошибки. Определите метод обучения. К какой группе методов он относится?</p>	<p>Лекция-провокация = лекция с заранее запланированными ошибками относится к лекции проблемного изложения, т.е. проблемному обучению</p>	№8, С. 116

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	На какие группы можно подразделить семинары по назначению?	По назначению семинары подразделяют на учебные, по обмену опытом, научные.	№8, С. 76
2.	В каких случаях преподаватель использует вопрос-ответную форму семинара?	Вопрос-ответная форма семинара используется для обобщения пройденного материала.	№8, С. 76
3.	Что предполагает современная трактовка принципа культуросообразности воспитания?	Современная трактовка принципа культуросообразности воспитания предполагает, что воспитание должно основываться на общечеловеческих ценностях и строиться с учётом этнической и религиозной культур	№8, С. 83
4.	Что предполагает современная трактовка принципа природосообразности воспитания?	Современная трактовка принципа природосообразности воспитания исходит из того, что воспитание	№8, С. 83

		должно основываться на научном понимании естественных и социальных процессов, согласовываться с общими законами развития природы и человека.	
5.	Что является системообразующим понятием методической системы обучения?	Цель является системообразующим понятием методической системы обучения	№2, С. 43

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1 - работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ НА ПОНИМАНИЕ СУЩНОСТИ СОДЕРЖАНИЯ И МЕТОДИКИ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССЕ – ЭТО 1) мировоззрение педагога 2) профессиональное сознание 3) концепция обучения 4) педагогическая система	3	№8, С. 261
2.	ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ (ПРЕДМЕТ) УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 1) саморазвитие ученика благодаря усвоению содержания образования 2) решение познавательных задач 3) овладение знаниями, умениями, навыками 4) реализация потребности в	1	№8, С. 270

	знании.		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ПРИ ВЫБОРЕ ЛИНЕЙНОЙ СТРУКТУРЫ ИЗЛОЖЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ НУЖНО ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ</p> <p>1) доступности 2) историзма 3) возрастных особенностей 4) последовательности и систематичности</p>	1, 3, 4	№8, С. 266
2.	<p>В ПЛАНЕ ЗАНЯТИЯ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ОФОРМЛЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ</p> <p>1) содержание учебного материала 2) пояснительная записка 3) структура занятия 4) образцы решения учебных задач</p>	1, 3, 4	№8, С. 266
	Установите последовательность этапов при подготовке преподавателя к лекции		
1.	<p>1) Написание текста лекции 2) Уточнение объема материала, входящего в содержание лекции 3) Определение основной цели лекции 4) Детальная проработка структуры лекции 5) Придание тексту наглядности 6) Подготовка средств наглядности</p>	3 -2-4-1-5-6	№2, С. 52

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>После разбора теоретического материала преподаватель предлагал студентам решить ситуационные задачи.</p> <p>Какую специфику ситуационной задачи использовал преподаватель?</p>	<p>Специфика ситуационной задачи заключается в том, что она носит ярко выраженный практико-ориентированный характер, но для ее решения необходимо конкретное предметное знание.</p>	№9, С.98
2.	<p>На занятиях в группе студентов преподаватель применил метод «мозгового штурма». Были</p>	<p>В ходе занятия было нарушено требование к проведению</p>	№9, С.88

	<p>сообщены студентам правила работы, сформулирована актуальная проблема и затем участники приступили к процессу генерации идей. После того как Павел Н. озвучил свое вариант решения проблемы, Екатерина К. громко сказала: «Да ведь это никогда не сработает, мне кажется, что данное решение абсолютно нереально!» «Почему Вам это кажется?» — спросил преподаватель. Екатерина начала обосновывать свою позицию, но тут ей возразила Евгения Р. Группа втянулась в активный спор, и о разработке новых решений было полностью забыто.</p> <p>Какое требование к проведению «мозгового штурма» было нарушено в ходе занятия?</p>	<p>«мозгового штурма»: на этапе генерации идей - запрет на критику и любую оценку высказываемых идей.</p> <p>Обсуждение выдвинутых вариантов решения проблемы проходит на следующем этапе.</p>	
3.	<p>В своей практике педагог использует исключительно индивидуальный опрос учащихся у доски. Учащиеся уже хорошо знают, что в течение 15–20 минут их 2–3 одноклассника будут отвечать материал темы у доски, а в это время те, кто прошел такую же процедуру на последних занятиях, могут получить передышку и спокойно заниматься своими делами. Те же, кто ожидает своей очереди (давно не вызывали), будут напряженно ожидать опроса.</p> <p>Какое педагогическое требование к выбору методов проверки и оценки знаний не соблюдает в данном случае преподаватель?</p>	<p>В данном случае преподаватель не выполняет такое педагогическое требование к выбору методов проверки и оценки знаний, как оптимальность контроля (в единицу времени большее количество опрашиваемых путем оптимального подбора методов контроля).</p>	№8, С.158
4.	<p>Преподаватель медицинского вуза использует для проведения занятий по анатомии человека не только учебные видеофильмы, но и фильмы, записанные из популярных телевизионных передач, содержащие интересную для учащихся информацию по предмету. Чаще всего на демонстрацию фильма затрачивается от 40-50 минут учебного времени. Обычно фильм демонстрируется в начале учебного занятия по изучаемой на занятии теме. После просмотра фильма</p>	<p>Преподаватель при использовании фильмов допускает серьезные методические ошибки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перед запуском фильма не готовит учащихся, не формулирует задание; - фильм демонстрируется 40-50 минут (оптимальное время 10 минут), в результате не 	№9, С.82

	преподаватель разбирает вопросы, заданные на дом к этому занятию. Какие методические ошибки допускает преподаватель при использовании видеофильмов.	удерживается устойчивое внимание учащихся; - после просмотра не обсуждает увиденное.	
5.	Медицинская сестра с большим стажем работы в клинике перешла на работу в медицинский колледж. Проводит занятия по своему предмету, уделяя особое внимание формированию практических умений, но категорически отказывается выставлять текущие оценки обучающимся, считая, что контроль травмирует их, а для проверки знаний существует такая форма контроля, как экзамен, где и будет определено все, чему студенты научились на занятиях. Какие принципы осуществления педагогического контроля не учитывает преподаватель в данной ситуации?	Преподаватель в данной ситуации не учитывает принципы систематичности и всесторонности.	№8, С. 158

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Что такое содержание образования?	Система видов культурного опыта, подлежащего усвоению в образовательном процессе	№8, С. 273
2.	В чём заключается содержание деятельности преподавателя в технологии формирования профессионально-субъектной позиции?	Организация учебного модуля на получение разных видов опыта субъектности и развитие студентов средствами предмета	№8, С. 137
3.	На что требуется ориентироваться преподавателю при определении объёма содержания лекции?	Преподавателю при определении объёма содержания лекции необходимо ориентироваться на требования учебной программы	№8, С. 53
4.	В чём заключается содержание образовательных программ для пациентов?	Содержание образовательных программ для пациентов: 1) предоставление	№8, С. 57

		<p>большому информации о причинах и механизмах развития различных заболеваний, клинических проявлениях, принципах диагностики, современных подходах к лечению и профилактике.</p> <p>2) Обучение больных навыкам самоконтроля, принципам оказания помощи</p> <p>3) формирование партнерских отношений между врачом и больным, осознанного подхода к выполнению врачебных рекомендаций.</p>	
5.	Что представляет собой учебный модуль? Дайте определение.	<p>Учебный модуль - фрагмент содержания образования, характеризующийся явно обозначенными целью усвоения, составом объектов изучения, условиями начала изучения, плановой продолжительностью изучения, значимостью результатов усвоения, формами отчетности, шкалой оценок результатов.</p>	№8, С. 109
Результаты освоения ОП (компетенции)		Результаты обучения по дисциплине	
		Уметь	
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.		1 – осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования	

--	--

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>БЕСЕДА — ЭТО</p> <p>1) количественно-качественный анализ документальных и материальных источников, позволяющий изучать продукты человеческой деятельности.</p> <p>2) метод сбора первичных данных на основе вербальной коммуникации.</p> <p>3) метод психологической диагностики, с помощью которого можно получить обширную информацию о человеке без непосредственного общения с ним</p>	2	№8, С.73
2.	<p>СРЕДСТВО ОБУЧЕНИЯ – ЭТО</p> <p>1) совокупность идеальных и материальных объектов, которые позволяют решить цели и задачи, поставленные в процессе обучения.</p> <p>2) приемы и методы получения, обобщения и систематизации знаний.</p> <p>3) набор педагогического инструментария для решения познавательных задач.</p> <p>4) все предметы материального мира, которые используются для организации занятий.</p>	1	№8, С. 66
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>НОРМАТИВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА</p> <p>1) дидактические теории</p> <p>2) педагогические концепции</p> <p>3) дидактические принципы</p> <p>4) закономерности обучения</p>	3, 4	№8, С. 268
2.	<p>К КОНКРЕТНЫМ ФОРМАМ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) рассказ</p> <p>2) лекция</p>	2, 3, 4	№8, С. 267

	3) практическое занятие 4) семинар		
	Сопоставьте уровни на которых реализуется теоретическая функция педагогики и их описание		
1.	1. Описательный 2. Диагностический 3. Прогностический А. выявление состояния педагогических явлений и процессов Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности В. изучение передового и новаторского опыта Г. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции	1- В 2- А 3- Б	№2, С.10

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	В процессе преподавания на курсах повышения педагогической квалификации преподаватель обращается к опыту обучающихся преподавателей. Какую модель обучения применяет преподаватель?	Преподаватель применяет андрагогическую модель обучения.	№8, С.19
2.	Преподаватель старается каждое занятие сделать интересным для студентов. Какую психологическую закономерность обучения использует преподаватель?	Преподаватель использует психологическую закономерность обучения «Продуктивность обучения прямо пропорциональна интересу учащихся к учебной деятельности».	№8, С.26
3.	В ходе занятия преподаватель часто использует тренировочные упражнения и напоминает студентам	Психологическая закономерность «Продуктивность	№8, С.26

	«повторение – мать учения». О какой психологической закономерности ведёт речь преподаватель?	обучения прямо пропорциональна количеству тренировочных упражнений»	
4.	В качестве входного контроля преподаватель часто использует соревновательные игры. На какую социологическую закономерность обучения опирается при этом преподаватель?	Социологическая закономерность «Эффективность обучения повышается в условиях познавательной напряжённости, вызванной соревнованием».	№8, С.27
5.	Студент В. недоволен, что преподаватель его постоянно спрашивает письменно и устно. На какую кибернетическую закономерность обучения ссылается преподаватель, объясняя студенту частоту контроля?	Преподаватель использует кибернетическую закономерность обучения «Эффективность обучения прямо пропорциональна частоте и объёму обратной связи».	№8, С.27

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Оценка и отметка – синонимы или нет? Дайте обоснование	Отметка является количественным выражением оценки. Оценка отражает результаты контроля и выражается в оценочных суждениях и заключениях преподавателя, которые могут быть сделаны в устной или письменной форме	№8, С. 155
2.	Дайте определение понятию «обученность».	Обученность - это система знаний, умений, навыков, соответствующая ожидаемому результату обучения.	№8, С. 277
3.	Что вкладывают в понятие «обучаемость»?	Обучаемость – индивидуальные показатели скорости и качества усвоения человеком знаний,	№8, С. 277

		умений, навыков в ходе обучения.	
4.	Какое определение даёт ЮНЕСКО образовательным технологиям?	Образовательные технологии – систематический метод планирования, применения и оценивания всего процесса обучения и усвоения знаний путем учета человеческих и технических ресурсов и взаимодействия между ними для достижения более эффективной формы образования	№8, С. 178
5.	Для чего используют портфолио?	Портфолио – образовательная технология накопления и систематизации информации, результатом которой становится индивидуальный пакет материалов, отражающих образовательную и рефлексивную деятельность обучающихся, его результаты и достижения.	№8, С. 168

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>УМЕНИЕ ВЫЯВЛЯТЬ, СИСТЕМАТИЗИРОВАТЬ И ПРИМЕНЯТЬ ЗНАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ФОРМИРУЕТ ТАКОЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ, КАК</p> <p>1) ситуационный (кейс-стади) 2) демонстрация 3) познавательная игра 4) упражнение</p>	1	№8, С.122
2.	<p>ДИДАКТИКА КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ РАЗРАБАТЫВАЕТ</p> <p>1) основы методологии педагогических исследований 2) сущность, закономерности и принципы обучения 3) сущность, закономерности и принципы воспитания 4) историю педагогики</p>	2	№2, С.23
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>МЕТОДОЛОГИЯ – ЭТО</p> <p>1) учение о научном методе познания 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках 3) синоним методики 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, её теории и практики</p>	1, 2, 4	№8, С. 21
2.	<p>ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ КАК</p> <p>1) выбор теста 2) проведение тестирования 3) интерпретация результатов 4) самоанализ</p>	1, 2, 3	№8, С. 167
Сопоставьте понятия функции педагогики и уровни реализации			
1.	<p>1. Проективный 2. Преобразовательный 3. Рефлексивный</p> <p>А. выявление состояния педагогических процессов Б. разработка методических</p>	<p>1. – Б, 2. - Г 3. - В</p>	№2, С. 10

<p>материалов, воплощающих теоретические концепции</p> <p>В. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания</p> <p>Г. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью её совершенствования.</p>		
---	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Контроль учебных достижений учащихся классифицируют на: традиционный, нетрадиционный, субъективный, объективный, самоконтроль.</p> <p>Укажите ошибку в классификации видов контроля.</p>	<p>Не указаны основания для классификации и объединили виды контроля по разным основаниям: по способам контроля, по характеру, по контролирующему лицу.</p>	№8, С. 159
2.	<p>При классификации видов контроля по массовости (охвату учащихся) ошиблись. Установите вид контроля, относящегося к другой группе, и укажите основания для классификации видов контроля этой группы.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальный. • Фронтальный (учащиеся отвечают с места, дополняя друг друга). • Письменный (письменные ответы на задания, написание рефератов, контрольных и самостоятельных). • Индивидуально-групповой (уплотненный, комбинированный)- его сущность в том, что педагог вызывает одного учащегося для устного ответа, а 4-5 человекам дает письменное задание на карточках. 	<p>Письменный контроль относится к другой группе, которую выделяют на основании формы контроля.</p>	№8, С. 159
3.	<p>Какой приём создания проблемной ситуации использует преподаватель, если задаёт студентам такой вопрос.</p>	<p>Методический приём - сталкивать разные мнения своих</p>	№8, С. 115

	«В настоящее время широкое распространение получило вегетарианство, то есть употребление в пищу только растительных продуктов. Как вы относитесь к идее вегетарианского питания и почему? Дайте обоснованный ответ».	студентов.	
4.	Подберите понятие к следующему определению « ...процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основе соответствующего уровня развития личности».	Образование - процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основе соответствующего уровня развития личности.	№2, С. 13
5.	Преподаватель осуществлял целенаправленную деятельность, направленную на формирование у воспитанников определённых качеств личности, взглядов и убеждений. Какая педагогическая категория определяет данную деятельность педагога?	Воспитание	№2, С. 13

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятию «задача закрытого типа» и раскройте его содержательный смысл	Тип тестовых заданий, предусматривающий различные варианты ответа на поставленный вопрос заданий.	№9, С. 200
2.	Дайте определение понятию «задача открытого типа» и раскройте его содержательный смысл	Тип тестовых заданий, предусматривающий свободные ответы испытуемых по сути задания без предлагаемых вариантов ответа	№9, С. 200
3.	Что понимают под контролем качества образования?	Комплекс мероприятий, направленных на обеспечение таких условий обучения, которые гарантируют получение на выходе результатов, соответствующих принятым	№9, С.203

		образовательным стандартам.	
4.	Что такое педагогическое проектирование занятия?	Педагогическое проектирование занятия – предварительная разработка основных деталей предстоящей деятельности учащихся и педагогов.	№9, С.207
5.	Охарактеризуйте понятие «самовоспитание»	Самовоспитание – сознательная деятельность, направленная на возможно более полную реализацию человеком себя как личности.	№9, С.207

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1- методами обучения и воспитания обучающегося

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИСТЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА И ОБУЧАЮЩИХСЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УСВОЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ 1) метод обучения 2) методический приём 3) методология 4) подход	1	№9, С.205
2.	К НЕИМИТАЦИОННЫМ АКТИВНЫМ МЕТОДАМ ОТНЕСЕНА 1) деловая игра 2) поисковая лабораторная работа студента	2	№9, С.64

	3) педагогические ситуации 4) педагогические задачи		
Выберите несколько правильных ответов			
1.	ИГРА – ЭТО 1) активность индивида, направленная на условное моделирование некоей развернутой деятельности 2) форма деятельности в условных ситуациях, направленная на воссоздание и усвоение общественного опыта 3) система взаимосвязанных действий учащихся и преподавателя 4) система взаимосвязанных действий учащихся	1, 2	№9, С.200
2.	К ТЕХНОЛОГИЯМ КОЛЛЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ОТНОСЯТ 1) разноуровневое обучение 2) коллективный способ обучения, коллективное взаимообучение 3) организованный диалог, сочетанный диалог 4) работа в парах сменного состава	2, 3, 4	№8, С.121
Сопоставьте как дидактика и технология отвечают на вопрос			
1.	1. Дидактика А. Чему, зачем и 2.Технология как учить? Б. Как учить результативно и эффективно в конкретных педагогических условиях? В. Какие методологические основания использовать для разработки содержания образования и организации процесса обучения?	1.- А, В 2. - Б	№8, С.91

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не	Преподаватель может применить приём	№9, С.86

	<p>подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на участие в общественном мероприятии. Какой приём обучения применит преподаватель, чтобы занятие не пропало?</p>	<p>«каждый учит каждого».</p>	
2.	<p>Сгруппируйте данные ниже виды образовательных технологий, выделив основание. Образовательные технологии: технология модульного обучения, технология проблемного обучения, технология контекстного обучения, технология обучения в сотрудничестве, технологии проведения семинара в форме диалога, технология «Дебаты»; технологии актуализации мотивационного потенциала образовательной среды; технологии самопрезентации; технология формирования учебно-исследовательской компетентности, формирования профессионально-субъектной позиции, технологии развития критического мышления; технологии рейтинга учебных достижений.</p>	<p>Виды образовательных технологий <i>технологии обучения:</i> технология модульного обучения, технология проблемного обучения, технология контекстного обучения, технология обучения в сотрудничестве, технологии проведения семинара в форме диалога, технология «Дебаты»; <i>технологии актуализации потенциала субъектов образовательного процесса:</i> технологии актуализации мотивационного потенциала образовательной среды; технологии самопрезентации; технология формирования учебно-исследовательской компетентности, формирования профессионально-субъектной позиции, технологии развития критического мышления <i>экспертно-оценочные технологии:</i> технологии рейтинга учебных достижений</p>	<p>№8, С.109</p> <p>№8, С.109</p> <p>№8, С.153</p>
3.	<p>Постройте причинно-следственную связь отражающую закономерности обучения</p>	<p>а) Результаты обучения прямо пропорциональны продолжительности</p>	<p>№2, С.26</p>

	<p>Результаты обучения (?...) Причина \implies Следствие</p> <p>а) продолжительность обучения ?..... б) осознания целей обучения учениками ?.....</p>	<p>обучения б). Результаты обучения находятся в прямой пропорциональной зависимости от осознания целей обучения учениками</p>	
4.	<p>При проведении тестирования преподаватель осуществляет меры, предотвращающие искажение результатов (списывание, подсказка) и утечку информации о содержании тестов. Чем должен преподаватель обеспечить студента при проведении тестирования?</p>	<p>При проведении тестирования у студента должна быть в наличии инструкция к выполнению.</p>	№9, С.162
5.	<p>Преподаватель кафедры терапевтической стоматологии разрабатывает сценарий игры «Первое посещение пациента врача-стоматолога с целью профилактического осмотра» Какие роли следует включить в сценарий?</p>	<p>Роли: пациент, врач, медицинская сестра, медицинский регистратор, эксперт</p>	№9, С.132

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Дайте характеристику активным методам обучения</p>	<p>Активные методы – способы активизации учебно-познавательной деятельности студентов, которые побуждают их к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения материалом, когда активен не только преподаватель, но и студенты</p>	№9, С.22
2.	<p>На каких этапах учебного процесса можно использовать активные методы обучения?</p>	<p>На этапах - первичного овладения знаниями - контроля знаний - формирования профессиональных умений, навыков на</p>	№9, С.23

		основе знаний и развития творческих способностей.	
3.	Чем характеризуются неимитационные активные методы?	Неимитационные активные методы характеризуются 1) отсутствием модели изучаемого процесса 2) коммуникациями в режиме «вопрос-ответ»	№9, С.23
4.	Что является главным в методах активного обучения?	Главное в методах активного обучения – обеспечивают ли они у каждого обучающегося достижение практического овладения профессиональной деятельностью.	№9, С.25
5.	Что из себя представляет технология «дебаты»?	Технология «дебаты» - чётко структурированный и специально организованный публичный обмен мыслями между двумя сторонами по актуальным темам. В ходе дебатов две команды, обсуждая заданную тему, сформулированную в виде утверждения, выдвигают свои аргументы и контраргументы, чтобы убедить членов жюри в своей правоте и опыте риторики	№9, С.73

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1 - навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО
---	---

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ 1) выполняется в команде 2) планируемая работа студентов, выполняемая по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия 3) планируемая работа студентов, выполняемая по заданию преподавателя 4) планируемая работа студентов, выполняемая по заданию преподавателя и с его участием.	2	№8, С.212
2.	САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ РАБОТЫ ИМЕЮТ ЦЕЛЬ 1) закрепление знаний, формирование умений, навыков 2) научить студентов основам самостоятельного планирования своего учебного труда 3) научить студентов основам самостоятельной организации своего учебного труда обучение основам творчества	1	№8, С.214
Выберите несколько правильных ответов			
1.	К ФОРМАМ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ОТНОСЯТ 1) внеаудиторную самостоятельную работу 2) аудиторную самостоятельную работу 3) творческую, в т.ч. научно-исследовательскую 4) тренинг	1, 2, 3	№8, С.218
2.	ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ		

	<p>СТУДЕНТА ВКЛЮЧАЕТ СВОЕВРЕМЕННОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ О</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тематическом содержании работы 2) сроках выполнения 3) потребности во вспомогательных средствах 4) формах, способах контроля и оценке итоговых результатов. 	1, 2, 3, 4	№8, С.217
	Установите последовательность этапов самостоятельной работы студентов		
1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. организационный 2. мотивационно-деятельностный 3.подготовительный 4. контрольно-оценочный 	3-1-2-4	№8, С.216

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Преподавателю при приеме на работу дали ознакомиться с тремя образовательными программами: рекомендованной Минобразованием и науки РФ; инновационной, опубликованной в печати; утвержденной образовательным учреждением.</p> <p>Какую из представленных программ преподаватель должен считать обязательной основой для своей деятельности?</p>	Образовательную программу, утвержденную образовательным учреждением.	№8, С.41
2.	<p>Преподавателю поручили разработать адаптированную основную профессиональную образовательную программу для обучения инвалидов с учётом особенностей их психофизического развития.</p> <p>В каком законе преподаватель может ознакомиться с определением специальных условий для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья?</p>	Федеральный закон от 29 декабря 2012г №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 79	№8, С.31
3.	Преподаватель, разрабатывая	Нет, не должна.	№8, С.41

	<p>основную профессиональную образовательную программу ориентируется на примерную основную образовательную программу, размещенную на сайте Минобрнауки РФ. Должна ли разрабатываемая программа полностью соответствовать примерной программе?</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа самостоятельно разрабатывается и утверждается высшим учебным заведением.</p>	
4.	<p>Преподаватель работает в двух высших учебных заведениях. Будут ли отличаться рабочие программы одной и той же дисциплины в этих вузах?</p>	<p>Рабочие программы одной и той же дисциплины в разных вузов различны, так как организации, осуществляющие образовательную деятельность, разрабатывают и утверждают их самостоятельно согласно федеральному закону от 29 декабря 2012г №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».</p>	№8, С.34
5.	<p>Преподаватель, разрабатывая основную профессиональную образовательную программу специалитета учитывает требования федерального закона от 29 декабря 2012г №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федерального закона от 31.07.2020 N 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" по вопросам воспитания обучающихся», Какие документы еще надо учитывать преподавателю при разработке ОПОП?</p>	<p>Следует учитывать требования ФГОС ВО для данной специальности, примерную основную образовательную программу.</p>	№8, С.41

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Что содержит основная профессиональная образовательная программа высшего образования (ОПОП ВО)?	ОПОП ВО – это совокупность учебно-методической документации, включающей в себя учебный план, рабочие программы учебных курсов, предметов, дисциплин (модулей) и другие материалы, обеспечивающие воспитание и качество подготовки обучающихся, а также программы учебной и производственной практик, календарный учебный график и методические материалы, обеспечивающие реализацию соответствующей образовательной технологии.	№8, С. 41
2.	Что необходимо учитывать преподавателю при формировании временного объема самостоятельной работы студента по предмету?	Преподавателю при формировании временного объема самостоятельной работы студента по предмету необходимо учитывать общую суммарную нагрузку студентов.	№8, С.216
3.	Что необходимо сделать преподавателю на мотивационно-деятельностном этапе самостоятельной работы студентов?	Преподаватель должен обеспечить положительную мотивацию деятельности студентов, проверку промежуточных результатов, организацию самоконтроля и самокоррекции	№8, С.217
4.	Различаются ли формы самостоятельной работы для студентов разных курсов?	Да. Студентов младших курсов надо научить работать с	№8, С.220

		учебниками, источниками, писать конспекты, а далее готовить рефераты, курсовые, позже – дипломные работы	
5.	Охарактеризуйте основные направления построения учебного процесса на основе самостоятельной работы студентов.	1) Увеличение роли самостоятельной работы в процессе аудиторных занятий. 2) Повышение активности студентов по всем направлениям самостоятельной работы во внеаудиторное время.	№8, С.223

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	1 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	«КАЖДЫЙ УЧИТ КАЖДОГО» ОТНОСЯТ К МЕТОДАМ ОБУЧЕНИЯ 1) активным 2) пассивным 3) интерактивным 4) рефлексивным	3	№9, С.26
2.	ТРЕНИНГ ОТДЕЛЬНОГО НАВЫКА РЕАЛИЗУЮТ 1) в проблемной лекции 2) в учебной деловой игре 3) на семинаре 4) на экскурсии	2	№9, С.120
Выберите несколько правильных ответов			

1.	ТИПЫ СИТУАЦИОННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ 1) задачи с недостаточными исходными данными 2) задачи с избыточными исходными данными 3) задачи с неопределённостью в постановке вопроса 4) задачи с противоречивыми сведениями в условии	1, 2, 3, 4	№9, С.99
2.	ТИПЫ СИТУАЦИОННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ 1) задачи допускающие лишь вероятностные решения 2) задачи с ограниченным временем решения 3) задачи, требующие использования предметов с необычной для них функцией 4) задачи на обнаружение ошибки в решении.	1, 2, 3, 4	№9, С.99
	Установите последовательность этапов проведения деловой игры		
1.	1.ознакомление студентов с исходной информацией 2. проведение игры 3.подготовка участников к игре 4. анализ игры	1 -3-2-4	№9, С.121

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Молодой преподаватель полагал, что любой учебный материал может быть использован для проблемного обучения. Опытный преподаватель придерживался мнения, что не всякий учебный материал может быть использован для проблемного обучения. Кто из преподавателей прав? Ответ обоснуйте.	Прав опытный преподаватель. Ни слишком трудная, ни слишком легкая познавательная задача не создает проблемной ситуации для обучающихся.	№8, С.116
2.	На занятии преподаватель предъявлял группе противоречивые факты, научные теории или взаимоисключающие точки зрения. Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель?	Преподаватель использовал приём создания проблемной ситуации - создание ситуации выбора.	№8, С.115

3.	«Простейших поместили в две колбы: одну с родниковой водой, а другую с кипячёной. В одной из колб через некоторое время простейшие погибли. Как вы объясните, почему в одной из колб погибли простейшие?» Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель, предлагая обучающимся данную задачу?	Преподаватель использовал приём создания проблемной ситуации - отыскание причин, обуславливающих явление, анализа изучаемого материала	№8, С.115
4.	При изучении темы «Происхождение человека» преподаватель предложил задачу: «Дриопитек в основном питался растительной пищей, а неандерталец – преимущественно животной. Каким образом можно объяснить такие различия?» Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель, предлагая обучающимся данную задачу?	Преподаватель использовал приём создания проблемной ситуации - способ аналогий	№8, С.115
5.	На занятии преподаватель привел исторические факты – обнаружение И.И. Мечниковым фагоцитов и противостояние представлением Пауля Эрлиха о гуморальной теории иммунитета. Дискуссия длилась 15 лет. Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель?	В данном случае преподаватель в роли проблемной ситуации использовал мотивирующий приём «яркое пятно».	№8, С.115

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Расскажите о методе проведения занятия «снежный ком»	«Снежный ком»-образное название метода проведения учебного занятия, которое начинается с того, что студентам даётся индивидуальное время на размышление. Затем начинается обсуждение в группах по два, четыре, восемь человек и т. д. до тех пор, пока в осуждении примет участие вся	№9, С.93

		группа.	
2.	Как можно классифицировать кейсы по целям и задачам обучения?	Кейсы можно классифицировать по целям и задачам обучения на - обучающие анализу и оценке - обучающие решению проблем и принятию решений - иллюстрирующие проблему, решение или концепцию в целом.	№9, С.107
3.	Как можно классифицировать кейсы по степени воздействия основных источников ?	По степени воздействия основных источников кейсы классифицируют на - практические кейсы - обучающие кейсы - научно-исследовательские кейсы	№9, С.108
4.	В какой последовательности проводится оценка деятельности обучающегося при проведении занятия с использованием интерактивных методов обучения?	Деятельность обучающегося при проведении занятия с использованием интерактивных методов обучения оценивается в последовательности: самооценка, взаимоконтроль, комментарий преподавателя	№9, С.29
5.	Чем отличается оценочный кейс от кейса обучающего?	При составлении оценочных кейсов учитываются временные рамки, отводимые для зачёта или экзамена, и кейс для разбора клинического случая содержит все необходимые сведения без избыточных или недостающих данных.	№9, С.165

3. Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
--	--

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Медицинская помощь при неотложных состояниях

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)/вид и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции (ИУК)		
	ИУК-1 (знать)	ИУК-2 (уметь)	ИУК-3 (владеть)
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	- Подходы к анализу проблемной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними. Знает решения по устранению недостающей информации на основании проведенного анализа. Знает методы критического анализа информационных источников	- Критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников. Умеет системно проанализировать проблемную ситуацию, выявляя составляющие и связи между ними.	- Способен разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов.
	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (ИОПК)		
	ИОПК-1 (знать)	ИОПК-2 (уметь)	ИОПК-3 (владеть)
ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	- Методика сбора жалоб и анамнеза у пострадавших в чрезвычайных ситуациях - Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания	- Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме - Оказывать медицинскую	- Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме - Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

	<p>медицинской помощи в экстренной форме - Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p>	<p>помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) - Применять лекарственные препараты и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме - Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации</p>	<p>- Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>
--	--	---	---

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

Геккиева, А. Д. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии : учебное пособие / А. Д. Геккиева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. : ил. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4996-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449967.html>

Интенсивная терапия / под ред. Гельфанда Б. Р. , Заболотских И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4832-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448328.html>

Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И. , Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html>

Багненко, С. Ф. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 872 с. - ISBN 978-5-9704-3447-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434475.html>

Психология и педагогика : учеб.-метод. пособие для студентов мед. вузов / М.Е. Волчанский [и др.]; рец.: С. В. Клаучек, В. И. Чумаков ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - [3-е изд., доп. и перераб.]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 239, [1] с. : ил. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ. - URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F1%E8%F5%EE%EВ%EE%E3%E8%FF_%E8_%EF%E5%E4%E0%E3%EE%E3%E8%EA%E0_%C2%EE%EВ%F7%E0%ED%F1%EA%E8%E9_2018&MacroAcc=A&DbVal=47

Артюхина А. И. Педагогика : учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 166, [2] с. : ил., табл. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ. - URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%C0%F0%F2%FE%F5%E8%ED%E0_%CF%E5%E4%E0%E3%EE%E3%E8%EA%E0_2017&MacroAcc=A&DbVal=47

Артюхина А. И. Педагогика : учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 166, [2] с. : ил., табл. – Текст : непосредственный

Алгоритмы диагностики и лечения коматозных состояний / А. А. Демидов, Т. Н. Панова, А. Т. Абдрашитова и др. - Астрахань : Астраханский ГМУ, 2018. - 92 с. - ISBN 9785442404074. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : <https://www.books-up.ru/ru/book/algorithmy-diagnostiki-i-lecheniya-komatoznyh-sostoyanij-10784536>

Багненко, С. Ф. Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html>

Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) : учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/174461>

Кузнецова, О. Ю. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд. , перераб. и доп. -

Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455210.html
Мкртумян, А. М. Неотложная эндокринология / Мкртумян А. М. , Нелаева А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-5147-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451472.html
Образовательные технологии в высшей медицинской школе : учебник / А.И. Артюхина [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ ; под редакцией В. Б. Мандрикова. - Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2019. - 588 с. : ил. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=Образовательные_технологии_v_vysshey_med_2019&MacroAcc=A&DbVal=47
Обучение на робото-симуляционном комплексе. Острый коронарный синдром – кардиогенный шок и отек легких : учебное пособие / составители В. В. Викторов [и др.]. — 2-е изд. — Уфа : БГМУ, 2019. — 77 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/144083
Плавунов, Н. Ф. Неотложная и скорая медицинская помощь при острой инфекционной патологии / под ред. Плавунова Н. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 512 с. (Серия "Скорая медицинская помощь") - ISBN 978-5-9704-5934-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459348.html
Тараканов, А. В. Лекарства при оказании скорой медицинской помощи : руководство для врачей / А. В. Тараканов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-5850-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458501.html

2. Оценочные средства для проведения аттестации

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
---	-----------------------------------

	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 -Подходы к анализу проблемной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними. Знает решения по устранению недостающей информации на основании проведенного анализа. Знает методы критического анализа информационных источников

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КОМПОНЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННЫЙ С РЕАКЦИЕЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЭЙКОЗАННОЙДНЫХ КАСКАДОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ	А. Трансмиссия	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	МЕТОДОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ.	В. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.stude

			ntlibrary.ru/book/I SBN97859704601 46.html
--	--	--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Острый коронарный синдром(ОКС1), кардиогенный шок</p> <p>6 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Ацетилсалициловая кислота 300 мг перорально</p> <p>2. Клопидогрель 300 или 600 мг перорально <i>или</i> Тикагрелор 180 мг перорально</p> <p>3. Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения)</p> <p><i>Допустимо:</i></p> <p>4. Инфузия 0.9% раствора NaCl 500 мл в/в капельно</p> <p>Раствор морфина гидрохлорид¹⁰ 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p>	<p>1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый и инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» , 2020 г. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации(пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
7.	<p>Острый коронарный синдром(ОКС2), отёк легких</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Ацетилсалициловая кислота 300 мг перорально</p> <p>2. Клопидогрель 300 или 600 мг перорально <i>или</i> Тикагрелор 180 мг перорально</p> <p>3. Придать возвышенное положение головного конца кушетки</p> <p>4. Раствор морфина гидрохлорид 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p> <p>5. Изосорбида динитрат 1 спрей- доза сублингвально</p> <p>6. Фуросемид 40-100 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p> <p>7. Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения)</p>	<p>1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый и инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» , 2020 г.</p> <p>2. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>

8.	<p>Анафилактический шок (АШ)</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Эпинефрин 0,01 мг/кг (до 0,5 мг) в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра без разведения</p> <p>2. Инфузия 0,9% раствора NaCl 20 мл/кг (500 – 1000 мл при нормотензии; 1000 – 2000 мл при артериальной гипотензии) в/в струйно</p> <p>3. Системные ГКС с введением в начальной дозе: дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, или преднизолон 90-120 мг в/в струйно, или метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно, гидрокортизон в/м по 100–150 мг каждые 4 ч в течение 48 ч; затем — каждые 8–12 ч, бетаметазон 14 мг глубоко в/м <i>Допустимо при сохранении клинической картины на фоне неэффективности внутримышечного введения эпинефрина</i></p> <p>4. введение 1 мл 0,1% раствора эпинефрина, разведенного в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в <i>Допустимо в случае сохранения бронхообструкции</i></p> <p>Сальбутамол 2,5 мг/2,5 мл ингаляционно через небулайзер</p>	<p>1. Федеральные клинические рекомендации анафилактического шока, 2020 г.</p> <p>2. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
9.	<p>Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК)</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Омепразол лиофилизат 1-3 мг/кг в/в в течение 1 часа, разведенный до 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида</p>	<p>1. Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»</p> <p>2. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
10.	<p>Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы (БОС)</p>	<p>1. Сальбутамол 2,5 мг</p> <p>2. Ипратропий 0,5 мг</p> <p>3. Преднизолон 40-50 мг/сут 1р/сут <i>Допустимо в случае</i></p>	<p>1. Федеральные клинические рекомендации</p> <p>2. Рекомендации</p>

3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	<i>неэффективности ингаляционной терапии:</i> Сульфат магния 2 г в/в в течение 20 мин, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl	Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - Критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников. Умеет системно проанализировать проблемную ситуацию, выявляя составляющие и связи между ними.

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРЕПАРАТОМ - АГОНИСТОМ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ	С. Морфин	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	КОМПОНЕНТОМ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАБЛОКИРОВАН РЕГИОНАРНЫМИ МЕТОДИКАМИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	С. Трансдукция	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-

			Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
--	--	--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Тромбоз эмболии легочной артерии (ТЭЛА) 3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	1. Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl 2. Инфузия 0.9% раствора 0,5-1 литра в/в капельно	(протокол) оказания помощи «Российское общество скорой медицинской помощи», 2014 г. 2. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.
7.	Спонтанный пневмоторакс. 3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	1. Пункция плевральной полости во II <i>Допустимо:</i> 2. Инфузия 0.9% раствора NaCl 1) 500 – 1000 мл в/в капельно	1. Национальные клинические рекомендации Ассоциации торакальных хирургов Российского общества хирургов, 2014 г. 2. Рекомендации Европейского совета по

			реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена- корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - Способен разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов.

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ И ЖАРОПОНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ	А. Ацетаминофен	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704- 6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentli brary.ru/book/ISBN9 785970460146.html
2.	УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	В. Создание оптимального уровня болевого статуса до повреждения	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф :

			учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm
--	--	--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Гипогликемия</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Глюкоза 40% 40-100 мл болюсно без разведения или глюкоза 10% 50-250 мл в/в струйно</p> <p>2. При отсутствии эффекта: Глюкоза 5-10% 500 мл в/в капельно <i>Допустимо:</i></p> <p>3. Глюкагон 1 мг в/м или п/к безразведения</p>	<p>1. Клинические рекомендации «алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2021 г.</p> <p>2. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015г.</p>
2.	<p>Гипергликемия</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Инфузия 0,9% раствора NaCl в/в капельно 1000 мл/ч</p>	<p>1. Клинические рекомендации «алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2021 г.</p> <p>2. Рекомендации по</p>

			<p>проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
--	--	--	--

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	1 - Методика сбора жалоб и анамнеза у пострадавших в чрезвычайных ситуациях

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ДИАЗЕПАМ И ДРУГИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЛИЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ БОЛЕВОГО СИНДРОМА</p>	А. Гастропатии	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

2.	ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА НПВС.	А. Гастропатии С. Тромбоцитопении/патии	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
----	---	--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) 3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	Урапидил 25 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Нитропруссид натрия Тринитроглицерин 5-100 мкг/кг/мин в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ 1) Изосорбида динитрат 1-2 мг/ч в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Эналаприлат 1,25-5 мг в/в болюсно ИЛИ Фуросемид 40-60 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Метопролол 5 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl	1. Алгоритмы ведения пациента гипертоническим кризом, 2019 г. 2. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015
2	Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) 3 час.	1. Омепразол лиофилизат 1-3 мг/кг в/в в течение 1 часа, разведенный до 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка»

	<p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>		<p>3. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
3	<p>Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенный шок</p> <p>6 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Ацетилсалициловая кислота 300 мг перорально 2. Клопидогрель 300 или 600 мг перорально <i>или</i> Тикагрелор 180 мг перорально 3. Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения) <i>Допустимо:</i> 4. Инфузия 0.9% раствора NaCl 500 мл в/в капельно Раствор морфина гидрохлорид¹⁰ 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p>	<p>2. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента электрокардиограммы», 2020 г. Рекомендации и по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
4	<p>Б1.Б.8.2</p> <p>2. Острый коронарный синдром(ОКС2), отёк легких</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>8. Ацетилсалициловая кислота 300 мг перорально 9. Клопидогрель 300 или 600 мг перорально <i>или</i> Тикагрелор 180 мг перорально 10. Придать возвышенное положение головного конца кушетки 11. Раствор морфина гидрохлорид 5-10 мг</p>	<p>3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента электрокардиограммы», 2020 г. 4. Рекомендации Европейского совета по</p>

		<p>в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p> <p>12. Изосорбида динитрат 1 спрей- доза сублингвально</p> <p>13. Фуросемид 40-100 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p> <p>1) Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения)</p>	<p>реанимации (пересмотр 2015 г.)</p> <p>Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	2 - Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	МЕТОДОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ	В. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	КОМПОНЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННЫЙ С РЕАКЦИЕЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЭЙКОЗАННОЙДНЫХ КАСКАДОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ .	1) А. Трансмиссия	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Острое нарушение мозгового кровообращения(ОНМК) 3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	Урапидил 25 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Нитропруссид натрия Тринитроглицерин 5-100 мкг/кг/мин в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ 1) Изосорбида динитрат 1-2 мг/ч в/в	4. Алгоритмы в гипертоническом кризисе, 2019 г. 5. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента
		медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Эналаприлат 1,25-5 мг в/в болюсно ИЛИ Фуросемид 40-60 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Метопролол 5 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl	РАН Мороза В.В., 2015

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	3 - Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какова главная цель проведения СЛР?	1) Поддержание жизнедеятельности организма 2) Восстановление дыхания и кровообращения	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Как выявляют сохранность сознания у пострадавшего?	1) Громко обратиться к пострадавшему и потереть за плечо 2) Если пострадавший не реагирует, значит сознание отсутствует	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Методика определения пульса у пострадавшего без сознания	1) пульс необходимо определять на сонной артерии, 2) слегка прижать	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.

		сосуд к позвоночному столбу (в переднезаднем направлении относительно пострадавшего) 3) определять не более 10 секунд]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	1 - Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	КОМПОНЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННЫЙ С РЕАКЦИЕЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЭЙКОЗАННОЙ КАСКАДОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ	А. Трансмиссия	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

2.	МЕТОДОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ	В. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Острое нарушение мозгового кровообращения(ОНМК) 3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	Урапидил 25 мг в/ Нитропруссид нат рия 0,25 -10мкг/кг/мин в/в Тринитроглицерин 5- 100 мкг/кг/мин в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Иzosорбида динитрат 1-2 мг/ч в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Эналаприлат 1,25-5 мг в/в болюсноИЛИ Фуросемид 40-60 мг в/в медленно,разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl ИЛИ Метопролол 5 мг в/в медленно, разведенный до 10- 20 мл 0,9% NaCl	6. Алгоритмы в гипертоническим кризом, 2019 г. 7. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.
4	Гипергликемия	1) 1. Инфузия 0,9% раствора NaCl в/в капельно 1000 мл/ч	3. Клинические реко

	<p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>		<p>менд ации</p> <p>«алгоритмы специализированн ой медицинской п эндокринологов ФГБУ Эндокринологичес кий научный центр, 2021 г. 4. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр2015 г.) Под редакцией члена- корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
--	---	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
	<p>Уметь</p>
<p>ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>2 - Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>ПРЕПАРАТОМ - АГОНИСТОМ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	С. Морфин	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5- 9704-5264-6. - Текст</p>

			: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	КОМПОНЕНТОМ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАБЛОКИРОВАН РЕГИОНАРНЫМИ МЕТОДИКАМИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	С. Трансдукция	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Спонтанный пневмоторакс. 3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	3. Пункция плевральной полости во II <i>Допустимо:</i> 4. Инфузия 0.9% раствора NaCl 1) 500 – 1000 мл в/в капельно	3. Национальные клинические рекомендации Ассоциации торакальных хирургов Российского общества хирургов, 2014 г. 4. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В.,

			2015 г.
4	<p>Бронхообструктив-ный синдром на фоне бронхиальной астмы (БОС)</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>4. Сальбутамол 5. Ипратропий 6. Преднизолон 40-50 мг/сут 1р/сут</p> <p><i>Допустимо в</i></p> <p>2) Сульфат магния 2 г в/в в течение 20 мин, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p>	<p>3. Федеральные клинические рекомендации</p> <p>4. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	3 - Применять лекарственные препараты и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ И ЖАРОПОНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ	С. Трансдукция	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. -

			448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
	ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ И ЖАРОПОНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ	А. Ацетаминофен	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	4 - Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

1.	Человек без сознания, с судорожными подергиваниями тела, лежит на оборванном электрическом проводе. Дыхание слабое, редкое, пульс не прощупывается. На левой кисти красноватая припухлость. Определите порядок оказания первой помощи.	Освободить пострадавшего от действия тока, отбросив сухой палкой провод или оттащив его за одежду. Проводить реанимационные мероприятия до появления сердцебиений, дыхания, реакции зрачков на свет. Наложить стерильную повязку на кисть. Быстро доставить в ближайшее ЛПУ	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
----	--	---	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Выберите правильные высказывания о проведении СЛР: А. соотношение компрессий к вдохам при проведении СЛР взрослому человеку 30:2 Б. показанием к СЛР является отсутствие сознания В. перед началом СЛР под плечи пострадавшего необходимо подложить валик Г. показанием к СЛР является отсутствие дыхания и сердцебиения Д. при наличии признаков биологической смерти проведение СЛР эффективно Е. соотношение компрессий к вдохам при проведении СЛР взрослому человеку 5:2	соотношение компрессий к вдохам при проведении СЛР взрослому человеку 30:2 перед началом СЛР под плечи пострадавшего необходимо подложить валик показанием к СЛР является отсутствие дыхания и сердцебиения	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Опишите технику искусственного дыхания	1) объем воздуха, достаточный для того, чтобы можно было заметить подъем грудной клетки, вдувают относительно медленно (в течение 1-	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст :

	2 с) 2) интервал между вдуваниями не должен превышать 1 с	электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	1 - Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ВЫБОР МЕТОДА ТРАНСПОРТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОБУСЛОВЛЕН	А. Устойчивостью к болевым стимулам В. Травматичностью хирургического вмешательства Д. Клинико-фармакологическим и свойствами препаратов	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.html

2	<p>ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ БОЛИ ПО ВАШ ПРИЕМЛЕМ ПЕРИОДЕ ТРАНСПОРИРОВКИ ПАЦИЕНТА.</p>	<p>А. В покое 2-3 балла В. Травматичностью хирургического вмешательства</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
3	<p>Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>1. Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl 2. Инфузия 0,9% раствора NaCl 0,5-1 литр в/в капельно</p>	<p>1. Клинические Рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при тромбоэмболии легочной артерии. Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи», 2014 г. 2. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
4	<p>Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы (БОС)</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>Сальбутамол 2,5 мг ингаляционно через небулайзер Ипратропий 0,5 мг ингаляционно через небулайзер Преднизолон 40-50 мг/сут 1 р/сут <i>Допустимо</i></p>	<p>5. Федеральные клинические рекомендации 6. Рекомендации Европейского совета по реанимации (пересмотр)</p>

		<i>вслучае неэффективности ингаляционной терапии:</i> Сульфат магния 2 г в/в в течение 20 мин, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl	2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	2 - Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенный шок 6 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	1. Ацетилсалициловая кислота 300 мг перорально 2. Клопидогрель 300 или 600 мг перорально или Тикагрелор 180 мг перорально 3. Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения) <i>Допустимо:</i> 4. Инфузия 0.9% раствора NaCl 500 мл в/в капельно Раствор морфина гидрохлорид ¹⁰ 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl	проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.
	Б1.Б.8.2	1. Ацетилсалициловая кислота 300 мг	1. Клинические рекомендации МЗ

	<p>2. Острый коронарный синдром (ОКС2), отёк легких</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10</p>	<p>перорально</p> <p>2. Клопидогрель 300 или 600 мг перорально или Тикагрелор 180 мг перорально</p> <p>3. Придать</p> <p>4. Раствор морфина гидрохлорид 5-10 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p> <p>5. Изосорбида динитрат 1 спрей- доза сублингвально</p> <p>6. Фуросемид 40-100 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl</p> <p>7 Гепарин 5 тыс.ед в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения NaCl (или п/к без разведения))</p>	<p>РФ«Острый инфаркт миокарда с подъемом сегментаST электрокардиограммы», 2020 г.</p> <p>2.Рекомендации попроведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.)</p> <p>Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.</p>
--	---	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
	<p>Владеть</p>
<p>ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>4 - Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
<p>1.</p>	<p>Гипогликемия</p> <p>3 час.</p> <p>Формируемые компетенции: УК-1</p>	<p>1) Глюкоза 40% 40-100 мл болюсно без разведения или глюкоза 10% 50-250 мл в/в</p>	<p>1. Клинические рекомендации и «алгоритмы специализированной</p>

	ОПК-10	струйно 2) При отсутствии эффекта: Глюкоза 5-10% 500 мл в/в капельно <i>Допустимо:</i> 1) 3. Глюкагон 1 мг в/м или п/к безразведения	медицинской помощи больным сахарным диабетом». Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2021 г. 2. Рекомендации Европейского совета пореанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.
2.	Гипергликемия 3 час. Формируемые компетенции: УК-1 ОПК-10	2) 1. Инфузия 0,9% раствора NaCl в/в капельно 1000 мл/ч	5. Клинические рекомендации «алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2021 г. 6. Рекомендации Европейского совета пореанимации (пересмотр 2015 г.) Под редакцией члена-корреспондента РАН Мороза В.В., 2015 г.

3. Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76 – 90 91 – 100

-91-100 Отлично (5)	
-------------------------------	--

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

8. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)/вид и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (ИОПК)		
	ИОПК – 1 Знать	ИОПК- 2 Уметь	ИОПК – 3 Владеть
ОПК – 4	1. механизмы	1. выявлять	1. - навыками

Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	возникновения симптомов, синдромов, нозологических форм; 2. механизмы развития патологии отдельных органов и систем; 3. типовые механизмы формирования органной недостаточности 4. молекулярно-клеточные механизмы развития экстремальных состояний;	основное и ведущее звено в патогенезе патологических процессов, реакций, состояний, симптомов, синдромов и нозологических единиц; 2. определять роль индивидуальной реактивности и резистентности в патологии; 3. прогнозировать динамику наблюдаемых явлений, их исходов	выявления основного и ведущего звеньев в патогенезе патологических процессов, реакций, состояний, болезней, синдромов и симптомов; 2. -навыками поиска этиотропной, симптоматической, патогенетической терапии; 3. -навыками определения роли индивидуальной реактивности и резистентности в патологии; 4. .навыками прогнозирования динамики наблюдаемых явлений, их исходов
---	---	---	--

2. Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

1. Литвицкий, П. Ф. Патопфизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html>
2. Порядина, Г. В. Патопфизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.html> (дата обращения: 26.09.2023).
3. Губанова, Е. И. Патопфизиологическая оценка результатов иммунограммы: учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов по спец. : леч. дело, педиатрия и стоматология / Е. И. Губанова, И. А. Фастова ; ВолГМУ Минздрава РФ, Каф. патол. физиологии. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2012. - 44 с. – Текст : непосредственный

4. Клиническая патофизиология : учебно-методическое пособие / составители Т. Г. Рукша [и др.]. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2018. — 91 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/131404>
5. Шмидт, Р. Ф. Физиология человека с основами патофизиологии. В 2 т. Т. 1 / Шмидт Р. Ф., Ланг Ф., Хекман М. ; пер. с нем. под ред. М. А. Каменской и др. - Москва : Лаборатория знаний, 2019. - 540 с. Систем. требования: Adobe Reader XI ; экран 10". - ISBN 978-5-00101-638-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001016380.html>
6. Шмидт, Р. Ф. Физиология человека с основами патофизиологии. В 2 т. Т. 2 / Шмидт Р. Ф., Ланг Ф., Хекман М. ; пер. с нем. под ред. М. А. Каменской и др. - Москва : Лаборатория знаний, 2019. - 497 с. Систем. требования: Adobe Reader XI ; экран 10". - ISBN 978-5-00101-639-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001016397.html>
7. Мальцева, Л. Д. Патология / Л. Д. Мальцева, С. Я. Дьячкова, Е. Л. Карпова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 536 с. - ISBN 978-5-9704-4335-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443354.html>
8. Основы коморбидной патологии / Т. В. Прокофьева, И. В. Севостьянова, Е. А. Полунина, П. Н. Воронина. - Астрахань : Астраханский ГМУ, 2020. - 32 с. - ISBN 9785442405590. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/osnovy-komorbidnoj-patologii-10730329/>
9. Пауков, В. С. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html>
10. Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с.
11. И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. 156

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	1. механизмы возникновения симптомов, синдромов, нозологических форм;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>НАРУШЕНИЯ ТРАНСМЕМБРАННОГО ПЕРЕНОСА АМИНОКИСЛОТ ОБУСЛОВЛЕННЫ:</p> <p>1) гипоацидными состояниями 2) гиперацидными состояниями 3) наследственными и приобретенными мембранопатиями</p>	3) наследственными и приобретенными мембранопатиями	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 68.</p>
2.	<p>АЛИМЕНТАРНАЯ ДИСТРОФИЯ (АЛИМЕНТАРНЫЙ МАРАЗМ) – ЭТО:</p> <p>1) абсолютное голодание 2) сбалансированная белково-калорическая недостаточность 3) полное голодание 4) неполное голодание</p>	2) сбалансированная белково-калорическая недостаточность	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html</p>

			9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А . Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 67.
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ЗАБОЛЕВАНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ БЕЛКОВОМ ГОЛОДАНИИ:</p> <p>1) квашиоркор 2) алиментарная дистрофия 3) сахарный диабет 4) Гепатит</p>	<p>1) квашиоркор 2) алиментарная дистрофия</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А . Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. –</p>

			104 с. С.68.
2.	<p>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОДАГРЫ:</p> <p>1) гипертермия</p> <p>2) повышенное поступление в организм пуриновых оснований (употребление большого количества мяса, молока, икры, рыбы, кофе, какао, шоколада)</p> <p>3) увеличение катаболизма пуриновых нуклеотидов (противоопухолевая терапия, массивный апоптоз у пациентов с аутоиммунными болезнями)</p>	<p>2) повышенное поступление в организм пуриновых оснований (употребление большого количества мяса, молока, икры, рыбы, кофе, какао, шоколада)</p> <p>3) увеличение катаболизма пуриновых нуклеотидов (противоопухолевая терапия, массивный апоптоз у пациентов с аутоиммунными болезнями)</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А . Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.70.</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>УКАЖИТЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА ПОДАГРЫ В ПРАВИЛЬНОЙ ЛОГИЧЕСКОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:</p> <p>– развитие хронического гранулематозного воспаления</p> <p>- под влиянием избытка уратов происходит активация системы комплемента с образованием факторов хемотаксиса С5а и С3а</p> <p>- фагоцитоз кристаллов мочевой кислоты и освобождение БАВ, инициирующих асептическое воспаление</p> <p>- активация реакций иммунной</p>	<p>1) под влиянием избытка уратов происходит активация системы комплемента с образованием факторов хемотаксиса С5а и С3а</p> <p>2) накопление лейкоцитов в местах отложения кристаллов мочевой кислоты под влиянием хемотаксических веществ</p> <p>3) фагоцитоз кристаллов мочевой</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:</p>

	<p>аутоагрессии в зоне отложения уратов - накопление лейкоцитов в местах отложения кристаллов мочевой кислоты под влиянием хемотаксических веществ</p>	<p>кислоты и освобождение БАВ, инициирующих асептическое воспаление 4) активация реакций иммунной аутоагрессии в зоне отложения уратов 5) развитие хронического гранулематозного воспаления</p>	<p>https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 74.</p>
--	---	---	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Пациент В. 46 лет госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1,5 ч. Из анамнеза: накануне в течение недели интенсивно работал, мало спал, больше обычного курил, пил чай и кофе. До настоящего заболевания считал себя здоровым человеком, занимался спортом.</p> <p>При осмотре: общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, акроцианоз. При аускультации – в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 28 в минуту, тоны сердца приглушены, аритмичны, АД 100/70 мм.рт.ст. На ЭКГ: периодическая мерцательная аритмия предсердий с частотой 360, блокада проведения импульсов в правой ножке пучка Гиса, подъём сегмента ST в I, AVL, V₁–V₄–отведениях. В анализе крови: лейкоциты 9,2*10⁹/л, другие показатели в пределах нормы.</p>	<p>Наиболее вероятной причиной загрудинных болей при коронарной недостаточности является накопление биологически активных веществ в кардиомиоцитах в связи с ишемией миокарда.</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023). Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии:</p>

	<p>ВОПРОС: Что является наиболее вероятной причиной состояния, сопровождавшегося болью за грудиной?</p>		Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 29, 57.
2.	<p>Пациент 3. 40 лет, страдающий туберкулёзом, обратился с жалобами на одышку, боли в правом подреберье, субфебрильную лихорадку. Эти жалобы появились и стали постепенно нарастать около 4 недель назад. При осмотре: лицо бледное и одутловатое, ортопноэ (больной сидит, наклонившись вперёд), при перкуссии расширение границ относительной тупости сердца влево и вправо на 2 см, ЧСС 100, АД 90/60 мм.рт.ст., при аускультации: тоны сердца глухие, в лёгких мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах, частота дыхательных движений – 26 в минуту, отмечаются набухшие вены шеи, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, болезненная при пальпации, пастозность ног. При рентгенографии органов грудной полости отмечается шаровидная тень сердца.</p> <p>ВОПРОС: Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения формы патологии сердца?</p>	УЗИ сердца. При этом исследовании определяется выпот в полости перикарда.	Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023). Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 29-30, 57.
3.	<p>26-летний мужчина поступил в кардиологическое отделение для обследования. У его отца в 39 лет была проведена операция аорто-коронарного шунтирования после 3 лет страдания ИБС. Молодой человек не курил, практически не употреблял спиртного. На обеих руках у него были ксантомы сухожилий, АД 120/70 мм.рт.ст., пульс имелся на</p>	Выраженный атеросклероз сосудов сердца у отца пациента, гиперхолестеринемия, холестерин-липопротеинового индекса не только у пациента, но и у его брата и сестры, дают возможность	Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-

	<p>всех периферических артериях. При выраженной гиперхолестеринемии и наследственности пациент имеет высокую вероятность развития ИБС.</p> <p><u>Лабораторный анализ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Холестерин общий 9,0 ммоль/л (Норма: 3,5-6,5) - Триглицериды 1,7 ммоль/л (Норма: 0,5-2,5) - ХС-ЛПВП 1,27 ммоль/л (Норма: > 0,9) - ХС-ЛПНП 6,9 ммоль/л (Норма: 2,0-5,0) <p>ВОПРОС: Какой тип нарушения липидного обмена у этого пациента? Обоснуйте ваше предположение.</p>	<p>диагностировать семейную гиперхолестеринемию.</p>	<p>9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023). Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 30, 57-58.</p>
4.	<p>Врач Д. 59 лет накануне поступления в клинику, утром поднявшись с постели, заметил, что с трудом удерживает равновесие, постоянно падая влево. После того, как ему помогли лечь в постель, почувствовал сильное головокружение и тошноту. Позвав на помощь во второй раз, он обратил внимание на развитие у него афонии(а). Спустя примерно час отметил появление и затем нарастание признаков парестезии (б) в правой половине туловища. Во время приёма жидкой пищи (твёрдую пищу не принимал из-за тошноты) часто возникала её регургитация (в). При неврологическом обследовании обнаружено: парез (г) мягкого нёба слева; при взгляде в сторону – горизонтальный нистагм (д), более выраженный при взгляде влево; левосторонняя гемигипестезия (е) лица и туловища; в левых конечностях – мышечная гипотония (ж) и гипорефлексия (з); дискоординация движений при пальценосовой и пяточноколенной</p>	<p>(а) афония – отсутствие голоса при сохранности шёпотной речи (наблюдается при опухолях, рубцах гортани, параличе её мышц, неврозах); (б) парестезия – ощущение онемения, ползания «мурашек», покалывания при отсутствии раздражителя (имеет место при: местных поражениях чувствительных путей вследствие нарушения кровообращения, токсикозах, переохлаждениях); (в) регургитация – перемещение содержимого полого органа в направлении, противоположном физиологическому (в данном случае – попадание пищи из</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023). Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И.</p>

	<p>пробах, тремор конечностей (и) слева. АД 195/106 мм рт.ст., расширение границ сердца влево на 1,5 см, пульс 90.</p> <p>ВОПРОС: Опишите симптомы, помеченные буквами, соответствующими медицинскими терминами. Каковы возможные причины возникновения этих симптомов?</p>	<p>рта в нос) в связи с парезом мышц мягкого нёба; (г) парез – уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений (возникает вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц); (д) нистагм – непроизвольные ритмические двухфазные (с быстрой и медленной фазами) движения глазных яблок (симптом полиэтиологичен, наблюдается, например, при центральном параличе, поражении структур пирамидной системы); (е) гемигиперестезия – одностороннее снижение чувствительности (результат нарушения проводимости афферентных импульсов); (ж) гипотония – снижение тонуса мышц (например, при вялых параличах); (з) гипорефлексия – состояние, характеризующееся понижением рефлексов (в основном спинальных в связи с нарушением проведения нервных импульсов); (и) тремор – непроизвольные, стереотипные, ритмичные колебательные низкоамплитудные</p>	<p>Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 31, 57-58.</p>
--	--	---	--

		<p>движения всего тела или его частей (наблюдается при алкоголизме, истерии, паркинсонизме, поражении мозжечка.</p>	
5.	<p>Пациент 35 лет обратился с жалобами на боль в полости рта при приеме раздражающей пищи, снижение вкусовой чувствительности. Кровоточивость десен во время чистки зубов. В анамнезе сахарный диабет в течение 15 лет. Бледность кожных покровов. Красная кайма губ сухая, заеды. Язык умеренно гиперемирован. Сосочки языка атрофированы. Красные пятна на слизистой оболочке щек. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, обильные отложения мягкого зубного налета и зубного камня (больной щадит слизистую оболочку, плохо чистит зубы). Явления катарального гингивита.</p> <p>ВОПРОС: Назовите причину данной патологии полости рта? Дайте патогенетическое обоснование состояния полости рта?</p>	<p>Поражение слизистой оболочки полости рта и губ, нарушение чувствительности и др. симптомы обусловлены эндокринной патологией – сахарный диабет. Сухость полости рта, бледность слизистой оболочки обусловлены дегидротацией тканей по причине повышенного уровня глюкозы в крови. Из-за недостаточной увлажненности и самоочищения (слюноотделение снижено) слизистая легко повреждается, инфицируется и воспаляется. В полости рта развивается дисбактериоз, который в сочетании с нарушением кислотно-щелочного равновесия приводит к возникновению кандидоза (поражение языка, слизистой щек, микотические заеды). Нарушение чувствительности, жжение при приеме раздражающей пищи связано с развитием диабетической нейропатией, которая может проявляться также невритом, невралгией тройничного нерва.</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023). Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2012. — 72 с. С. 31, 59.</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ОПИШИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЛИФЕРАТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПОДАГРЕ.	Клиническими проявлениями хронического пролиферативного воспаления при подагре являются: - развитие моноартрита, сопровождающегося сильной болью и лихорадкой - развитие уролитиаза и рецидивирующих пиелонефритов, которые завершаются развитием нефросклероза и почечной недостаточности – наличие постоянно высокой концентрацией мочевой кислоты в плазме крови и мочи	Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023). Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 72.
2.	КАКИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ МОГУТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПОПРОТЕИНЕМИЕЙ?	Симптоматической гипопропротеинемией могут сопровождаться следующие патологические состояния: 1) печеночная недостаточность (гепатиты, цирроз печени) 2) белковое голодание (кахексия, анорексия)	Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст :

		<p>3) почечная недостаточность (гломерулонефрит, нефротический синдром)</p> <p>4) ожоговая болезнь</p> <p>5) гастроэнтеропатии</p> <p>6) септические состояния</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm</p> <p>1 (дата обращения: 26.09.2023).</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.72.</p>
3.	КАКИЕ МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ ФОСФОЛИПИДОВ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН?	<p>Медиаторами воспаления, которые образуются из фосфолипидов клеточных мембран являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - простагландины, - лейкотриены, - простаглицлины. 	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p> <p>1</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией</p>

			Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.18.
4.	ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ИЗМЕНЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ПРОЦЕССОВ ТЕПЛОПРОДУКЦИИ И ТЕПЛООТДАЧИ В ПЕРВУЮ СТАДИЮ ЛИХОРАДКИ.	На первой стадии развития лихорадочной реакции теплопродукция увеличивается, а теплоотдача уменьшается.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.19.
5.	УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОТЕКА КВИНКЕ.	Ведущим патогенетическим фактором развития отека Квинке является повышение проницаемости сосудистой стенки.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm

			<p>I Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.23.</p>
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	2.механизмы развития патологии отдельных органов и систем;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЛЯ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) лейкомический провал, появление миелобластных клеток, анемия и тромбоцитопения</p> <p>2) появление промиелоцитов, миелоцитов и метамиелоцитов, анемия, тромбоцитоз</p>	<p>1) лейкомический провал, появление миелобластных клеток, анемия и тромбоцитопения</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023) Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.37.</p>
2.	<p>ПОЛИЦИТЕМИЧЕСКАЯ ГИПЕРВОЛЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ 1) на 4–5-е сутки после острой кровопотери 2) при эритремии (болезни Вакеза) 3) при хронической горной болезни</p>	2) при эритремии (болезни Вакеза)	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023) Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.;</p>

			под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.34.
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОБУСЛОВЛЕНА СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ</p> <p>1) синтез тканевого активатора плазминогена, 2) активация системы антикоагулянтов, 3) синтез простациклина, 4) связывание тромбина тромбомодуллином 5) выделение тканевого тромбопластина, 6) синтез фактора Виллебранда, 7) активация тромбиновых рецепторов</p>	<p>1) синтез тканевого активатора плазминогена, 2) активация системы антикоагулянтов, 3) синтез простациклина, 4) связывание тромбина тромбомодуллином</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.39.</p>
2.	<p>СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ МОЖЕТ БЫТЬ НАРУШЕН ВСЛЕДСТВИЕ</p> <p>1) уменьшения количества тромбоцитов, 2) нарушения функции тромбоцитов, 3) наследственной ангиопатии, 4) дефицита к фактору Виллебранда, 5) отсутствия на мембране</p>	<p>1) уменьшения количества тромбоцитов, 2) нарушения функции тромбоцитов, 3) наследственной ангиопатии, 4) дефицита к фактору Виллебранда, 5) отсутствия на мембране тромбоцитов</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>тромбоцитов рецепторов к фактору Виллебранда</p> <p>6) дефицита фактора VIII,</p> <p>7) экспрессии на мембране тромбоцитов рецепторов к фибриногену,</p> <p>8) дефицита фактора XII</p>	рецепторов к фактору Виллебранда	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.39.</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ...</p> <p>2. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ...</p> <p>А) эмфизема легких</p> <p>Б) отек гортани</p>	<p>1. – Б</p> <p>2. – А.</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 48 лет, бухгалтер, обратился в поликлиническое отделение с	Схваткообразные боли в животе, хронический	Порядина, Г. В. Патофизиология :

	<p>жалобами на периодически возникающие схваткообразные боли в животе, хронический запор, головные боли, раздражительность. Результаты копрологического исследования: консистенция твердая, форма «овечьего кала», цвет коричневый, на поверхности слизи, реакция щелочная. При микроскопии обнаружены единичные обрывки и хорошо переваренных мышечных волокон. Отсутствие жира, переваримой клетчатки и крахмальных зерен. В окрашенных мазках из слизи присутствует цилиндрический эпителий и лейкоциты.</p> <p>ВОПРОС: При каком поражении может наблюдаться подобная картина?</p>	<p>запор, «овечий» кал с примесью слизи, эпителия и лейкоцитов на фоне отсутствия стеатореи, амилореи, креатореи позволяет сделать заключение о развитии у пациента хронического колита с запором.</p>	<p>курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023)</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 28, 57.</p>
2.	<p>Пациент В. 46 лет госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1,5 ч. Из анамнеза: накануне в течение недели интенсивно работал, мало спал, больше обычного курил, пил чай и кофе. До настоящего заболевания считал себя здоровым человеком, занимался спортом.</p> <p>При осмотре: общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, акроцианоз. При аускультации – в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 28 в минуту, тоны сердца приглушены, аритмичны, АД 100/70 мм.рт.ст. На ЭКГ: периодическая мерцательная аритмия предсердий с</p>	<p>У пациента развились коронарная недостаточность, стенокардия или состояние предстенокардии (основание: изменения ЭКГ и АД), аритмия (основание: наличие мерцательной аритмии).</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения:</p>

	<p>частотой 360, блокада проведения импульсов в правой ножке пучка Гиса, подъём сегмента ST в I, AVL, V₁–V₄–отведениях. В анализе крови: лейкоциты 9,2*10⁹/л, другие показатели в пределах нормы.</p> <p>ВОПРОС: Какие формы патологии сердца развились у пациента? Ответ аргументируйте.</p>		<p>26.09.2023</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 29, 57.</p>
3.	<p>Пациент 3. 40 лет, страдающий туберкулёзом, обратился с жалобами на одышку, боли в правом подреберье, субфебрильную лихорадку. Эти жалобы появились и стали постепенно нарастать около 4 недель назад. При осмотре: лицо бледное и одутловатое, ортопноэ (больной сидит, наклонившись вперёд), при перкуссии расширение границ относительной тупости сердца влево и вправо на 2 см, ЧСС 100, АД 90/60 мм.рт.ст., при аускультации: тоны сердца глухие, в лёгких мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах, частота дыхательных движений – 26 в минуту, отмечаются набухшие вены шеи, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, болезненная при пальпации, пастозность ног. При рентгенографии органов грудной полости отмечается шаровидная тень сердца.</p> <p>ВОПРОС: Сделайте заключение о форме сердечной недостаточности.</p>	<p>Тотальная сердечная недостаточность, развившаяся вследствие выпотного перикарда туберкулёзной этиологии.</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.html 1 (дата обращения: 26.09.2023)</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 29-30, 57.</p>
4.	<p>Врач Д. 59 лет накануне поступления в клинику, утром поднявшись с постели, заметил, что с трудом удерживает равновесие, постоянно</p>	<p>Вероятнее всего, инсульт. Об этом свидетельствует выявленные при</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие /</p>

	<p>падая влево. После того, как ему помогли лечь в постель, почувствовал сильное головокружение и тошноту. Позвав на помощь во второй раз, он обратил внимание на развитие у него афонии(а). Спустя примерно час отметил появление и затем нарастание признаков парестезии (б) в правой половине туловища. Во время приёма жидкой пищи (твёрдую пищу не принимал из-за тошноты) часто возникала её регургитация (в). При неврологическом обследовании обнаружено: парез (г) мягкого нёба слева; при взгляде в сторону – горизонтальный нистагм (д), более выраженный при взгляде влево; левосторонняя гемигипестезия (е) лица и туловища; в левых конечностях – мышечная гипотония (ж) и гипорефлексия (з); дискоординация движений при пальценосовой и пяточноколенной пробах, тремор конечностей (и) слева. АД 195/106 мм рт.ст., расширение границ сердца влево на 1,5 см, пульс 90.</p> <p>ВОПРОС: Какая форма патологии развилась у пациента? Ответ обоснуйте с учётом данных задачи.</p>	<p>неврологическом обследовании признаки (парез мягкого нёба, нистагм, гемигипестезия и др.).</p>	<p>под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023)</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 31, 57-58.</p>
5.	<p>Пациентка 43 лет обратилась в клинику с жалобами на преходящий зуд, ломоту в области нижних передних зубов, наличие эстетического недостатка- оголение шеек зубов.</p> <p>При осмотре десны бледной окраски, межзубные десневые сосочки сглажены. Десна плотно прилегает к поверхности зуба, патологическая подвижность зубов отсутствует.</p> <p>Наблюдается равномерная генерализованная рецессия десны до 4 мм.</p> <p>ВОПРОС: Назовите патологию? Укажите природу заболевания, этиологию и патогенез?</p>	<p>Пародонтоз – заболевание характеризующееся первично дистрофическими нарушениями. В этиологии и патогенезе пародонтоза ведущее место отводится общим факторам – изменениям сердечно-сосудистой и нервной систем, а также воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды (радиационное, в том числе компьютерное,</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения:</p>

	<p>воздействие; электромагнитное излучение от бытовых и профессиональных приборов, загрязнение окружающей среды отходами производства и др.). В патогенезе пародонтоза ведущее значение имеют нарушения кровоснабжения тканей пародонта, обмена веществ с резкой задержкой процессов синтеза белка. Патоморфологические изменения при пародонтозе проявляются в виде задержки обновления костных структур, утолщением костных трабекул вплоть до выраженного остеосклероза и утраты губчатого вещества, что выражается в виде очагового остеопороза. Изменения костной ткани сочетаются с изменениями микроциркуляторного русла в виде гиалиноза и склероза сосудов, сопровождающегося сужением их просвета и облитерацией. В эпителии десны наблюдаются белковая дистрофия клеток, атрофия эпителия с уменьшением количества гликогена. В подлежащей соединительной ткани – мукоидное набухание, фибриноидные изменения, снижение активности</p>	<p>26.09.2023 Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2012. — 72 с. С. 31-32, 59-60.</p>
--	--	--

		окислительно-восстановительных процессов.	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНОЕ ГИДРОСТАТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ВЕНОЗНОМ КОНЦЕ КАПИЛЛЯРА ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?	Эффективное гидростатическое давление в венозном конце капилляра при застойной сердечной недостаточности возрастает.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.23.
2.	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ЖЕЛУДКЕ ПРИ ЧРЕЗМЕРНОМ ПОВЫШЕНИИ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВОВ?	При чрезмерном повышении тонуса парасимпатических нервов в желудке происходит: - уменьшение образования слизи, - увеличение секреции желудочного сока, - увеличение выделения гистамина,	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

		<p>- гиперсекреция соляной кислоты.</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А . Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.41.</p>
<p>3.</p>	<p>КАКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА?</p>	<p>Для острого лимфобластного лейкоза характерными являются следующие проявления в периферической крови: наличие лейкомического провала, появление лимфобластных клеток, наличие анемии и тромбоцитопении.</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А . Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во</p>

			ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.41.
4.	КАКИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ В ОСНОВЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ПРИ ЧАСТОМ И ПОВЕРХНОСТНОМ ДЫХАНИИ?	В основе альвеолярной гиповентиляции, возникающей при частом и поверхностном дыхании, наблюдается увеличение функционального мёртвого пространства.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.33.
5.	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ?	При хронической постгеморрагической анемии характерны следующие изменения в периферической крови: микроанизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов, снижение цветового показателя.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html 1 Тестовые задания

			по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С.34.
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	3. типовые механизмы формирования органной недостаточности;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ КЛЕТОЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ:</p> <p>1) серотонин, гистамин, лизосомальные ферменты</p> <p>2) факторы свертывания крови</p> <p>3) кинины, комплемент</p>	1) серотонин, гистамин, лизосомальные ферменты	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm

			<p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология».</p> <p>Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А . Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой.</p> <p>Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 18</p>
2.	<p>МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ:</p> <p>1) цАМФ, цГМФ, серотонин, лимфокины</p> <p>2) гистамин, лизосомальные ферменты, лизосомальные катионные белки, простагландины</p> <p>3) факторы свертывания крови, кинины, комплемент</p>	<p>2) факторы свертывания крови, кинины, комплемент</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология».</p> <p>Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А . Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой.</p> <p>Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 18</p>
	<p>Выберите несколько правильных ответов</p>		

1.	<p>БИОЛОГИЧЕСКИЕ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КАЛЛИКРЕИН- КИНИНОВОЙ СИСТЕМЕ:</p> <p>1) лизосомальные ферменты, 2) лизосомальные катионные белки 3) прекалликреин, 4) брадикинин 5) комплемент, 6) лизоцим</p>	<p>3) прекалликреин, 4) брадикинин</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 18.</p>
2.	<p>МЕДИАТОРЫ ОТВЕТА ОСТРОЙ ФАЗЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ СВОЙСТВАМИ ЭНДОГЕННЫХ ПИРОГЕНОВ</p> <p>1) ИЛ-1, 2) ИЛ-6, 3) ФНО 4) комплемент, 5) лизоцим 6) церуллоплазмин, 7) пропердин</p>	<p>1) ИЛ-1, 2) ИЛ-6, 3) ФНО</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине</p>

				«Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 19.
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	1. ПРИ ИНСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКЕ ДЫХАНИЕ... 2. ПРИ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКЕ..	А. затруднен и удлиннен выдох Б. затруднено и удлиннен вдох	1. – Б. 2. – А.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 33.

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Пациент В. 46 лет госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1,5 ч. Из анамнеза: накануне в течение недели интенсивно работал, мало спал, больше обычного курил, пил чай и кофе. До настоящего заболевания считал себя здоровым человеком, занимался спортом.</p> <p>При осмотре: общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, акроцианоз. При аускультации – в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 28 в минуту, тоны сердца приглушены, аритмичны, АД 100/70 мм.рт.ст. На ЭКГ: периодическая мерцательная аритмия предсердий с частотой 360, блокада проведения импульсов в правой ножке пучка Гиса, подъём сегмента ST в I, AVL, V₁–V₄–отведениях. В анализе крови: лейкоциты 9,2*10⁹/л, другие показатели в пределах нормы.</p> <p>ВОПРОС: Какова, по Вашему мнению, причинно-следственная связь между названными Вами формами патологии? Ответ обоснуйте.</p>	<p>Наиболее вероятная причинно-следственная связь между указанными формами патологии: коронарная недостаточность, ишемия миокарда снижение образования АТФ нарушение функции ионных насосов образование патологических очагов возбуждения в миокарде нарушение проведения импульсов возбуждения (мерцательная аритмия) + блокада правой ножки пучка Гиса.</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1 (дата обращения: 26.09.2023)</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 29, 57.</p>
2.	<p>Пациент З. 40 лет, страдающий туберкулёзом, обратился с жалобами на одышку, боли в правом подреберье, субфебрильную лихорадку. Эти жалобы появились и стали постепенно нарастать около 4 недель назад. При осмотре: лицо бледное и одутловатое, ортопноэ (больной сидит, наклонившись вперёд), при перкуссии расширение границ относительной тупости сердца влево и вправо на 2 см, ЧСС 100, АД 90/60 мм.рт.ст., при аускультации: тоны сердца глухие, в</p>	<p>У пациента тотальная сердечная недостаточность. Об этом свидетельствуют: вынужденное положение, тахикардия, мелкопузырчатые хрипы в лёгких, набухание вен шеи, увеличение печени, отёки.</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>лёгких мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах, частота дыхательных движений – 26 в минуту, отмечаются набухшие вены шеи, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, болезненная при пальпации, пастозность ног. При рентгенографии органов грудной полости отмечается шаровидная тень сердца.</p> <p>ВОПРОС: Имеется ли у пациента сердечная недостаточность? Что свидетельствует об этом?</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.html 1 (дата обращения: 26.09.2023)</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 29-30, 57.</p>
3.	<p>Врач Д. 59 лет накануне поступления в клинику, утром поднявшись с постели, заметил, что с трудом удерживает равновесие, постоянно падая влево. После того, как ему помогли лечь в постель, почувствовал сильное головокружение и тошноту. Позвав на помощь во второй раз, он обратил внимание на развитие у него афонии(а). Спустя примерно час отметил появление и затем нарастание признаков парестезии (б) в правой половине туловища. Во время приёма жидкой пищи (твёрдую пищу не принимал из-за тошноты) часто возникала её регургитация (в). При неврологическом обследовании обнаружено: парез (г) мягкого нёба слева; при взгляде в сторону – горизонтальный нистагм (д), более выраженный при взгляде влево; левосторонняя гемигипестезия (е) лица и туловища; в левых конечностях – мышечная гипотония (ж) и гипорефлексия (з); дискоординация движений при пальценосовой и пяточноколенной пробах, тремор конечностей (и) слева. АД 195/106 мм рт.ст., расширение границ сердца влево на 1,5 см, пульс 90.</p>	<p>Наиболее вероятная причина инсульта – расстройство мозгового кровообращения с развитием ишемии участка мозга или кровоизлияния в него. У пациента имеются признаки поражения проводящих путей пирамидной системы.</p> <p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.html 1 (дата обращения: 26.09.2023)</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во</p>

	<p>ВОПРОСЫ: Какова его наиболее вероятная причина? Имеются ли признаки нарушения пирамидной и экстрапирамидной систем?</p>		ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 31, 57-58.
4.	<p>Больной К., 28 лет, поступил в клинику через 3 недели после перенесенной ангины с жалобами на ноющие боли в пояснице, головную боль, частые мочеиспускания, отеки на лице (особенно по утрам), одышку, жажду. При обследовании : больной бледен, отеки на ногах и особенно выражены на лице. АД – 180/100, ЧСС – 100, на ЭКГ признаки диффузного поражения миокарда. В крови: Нв -100 г/л, СОЭ – 26 мм/час, остаточный азот 70-85 ммоль/л, в крови повышено содержание фракций глобулинов. Суточный диурез -1л, относительная плотность мочи -1029, концентрационный индекс – 3,3. Моча мутная, имеет вид "мясных помоев", содержит большое количество эритроцитов в виде "теней", лейкоцитов до 6-8 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 3-4 в поле зрения; белок -1,5 -2 г/л молекулярной массой менее 70000.Клиренс креатинина менее 50% от должной величины. В пункционном биоптате почек выявлены депозиты иммунных комплексов.</p> <p>ВОПРОСЫ: 1. Для какого заболевания характерны клинические признаки и данные лабораторных исследований? Обоснуйте заключение. 2. Объясните этиологию и патогенез данной нефропатии.</p>	<p>1. Острый гломерулонефрит. Имеется характерная связь с инфекционным заболеванием, признаки преимущественного повреждения гломерулярного аппарата- 72 та почек при нормальной функции канальцев. —Симптом горбов в пункционном биоптате наличие антистрептилизина О и уменьшение фракции комплемента подтверждает иммунный характер нефропатии. 2. Гломерулонефрит – это иммунная нефропатия, которая обычно развивается 10-20 суток после перенесенного инфекционного заболевания, в процессе которого в структурах гломерулярного аппарата появляется и накапливается большое количество иммунных комплексов (АГ+АТ), активирующих систему комплемента. Развивается иммунное воспаление с привлечением нейтрофилов, макрофагов, тромбоцитов и др. клеток. Под влиянием медиаторов происходит тромбоз капилляров клубочков</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>

		с уменьшением площади фильтрации, уменьшением почечного кровотока и падением ЭФД, повышается проницаемость сосудов почки.	
5.	<p>В фазе альтерации в очаге воспаления происходит выраженное повышение высокоактивных ферментов: эластазы, коллагеназы, гиалуронидазы, фосфолипазы А2, миелопероксидазы и других.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой из перечисленных ферментов индуцирует повышенное образование простагландинов? 2. Опишите роль простагландинов в очаге воспаления. 3. Какие еще медиаторы воспаления образуются после активации этого фермента? Назовите их основные свойства. 4. Каким способом можно заблокировать повышенное образование данного фермента? 	<p>Повышенное образование простагландинов связано с активацией фосфолипазы А2. Фосфолипаза А2 расщепляет фосфолипиды клеточных мембран с высвобождением кислот, в том числе полиненасыщенной арахидоновой кислоты, имеющей в своем составе 20 углеродных атомов и 4 двойных связи. Арахидоновая кислота является субстратом для синтеза многих медиаторов воспаления – простагландинов, тромбксана А2, лейкотриенов и липоксинов. Простагландины расширяют микроциркуляторные сосуды, увеличивают сосудистую проницаемость, способствуют развитию воспалительной гиперемии и отека, повышают чувствительность окончаний болевых нервов к действию различных вызывающих боль агентов (гистамина, брадикинина, серотонина и др.).</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p> <p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>

		<p>Тромбоксан А2 участвует в активации тромбоцитов, ФАТ вызывает агрегацию и активацию тромбоцитов, вызывает спазм мускулатуры бронхов. Лейкотриены увеличивают сосудистую проницаемость, вызывают сокращение гладких мышц сосудов, бронхов, кишечника. Лейкотриен В4 – мощный хемоаттрактант для лейкоцитов. Липоксины оказывают противовоспалительный эффект. Кроме того, фосфолипаза А2 участвует в начальном этапе образования еще одного медиатора воспаления липидной природы – фактора активации тромбоцитов (ФАТ). Активность фосфолипазы А2 можно снизить путем применения глюкокортикоидов.</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	КАКОЙ ВИД ГЕМОСТАЗА НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРВИЧНЫМ?	Первичный гемостаз – это сосудисто-тромбоцитарный гемостаз.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p> <p>1</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология».</p> <p>Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 40.</p>
2.	КАКОВ ОСНОВНОЙ ЭФФЕКТ АЛЬДОСТЕРОНА В РЕГУЛЯЦИИ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА?	Альдестерон, регулируя водно-солевой обмен, понижает экскрецию ионов натрия с мочой.	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p> <p>1</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология».</p> <p>Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 23.</p>
3.	ТИП ДЫХАНИЯ,	Тип дыхания,	Литвицкий, П.

	<p>РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПРИ Понижении возбудимости Дыхательного центра – это...</p>	<p>развивающийся при понижении возбудимости дыхательного центра – это дыхание Куссмауля.</p>	<p>Ф.Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 32.</p>
4.	<p>КАКИЕ НАРУШЕНИЯ ГОМЕОСТАЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОЛИУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?</p>	<p>Нарушения гомеостаза, характерные для полиурической стадии острой почечной недостаточности дегидратация организма, гипокалиемия, развитие иммунодефицитного состояния.</p>	<p>Литвицкий, П. Ф.Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm 1 Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая</p>

			патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 45.
5.	КАКОЕ ЭКСТЕРМАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ?	В результате острой кишечной непроходимости развивается болевой шок.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 45.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	4. молекулярно-клеточные механизмы развития экстремальных состояний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ПРИ ГИПОКСИИ, КАК ПРАВИЛО, РАЗВИВАЕТСЯ</p> <p>1) метаболический ацидоз 2) метаболический алкалоз 3) респираторного ацидоза</p>	1) метаболический ацидоз	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 21.</p>
2.	<p>ГЛАВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗВЕНО ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ</p> <p>1) углеводное и энергетическое «голодание» нейронов головного мозга 2) углеводное «голодание» миокарда 3) некомпенсированный кетоацидоз</p>	1) углеводное и энергетическое «голодание» нейронов головного мозга	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е</p>

			изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.)Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 24.
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уремиическая кома, 2) диабетическая кома, 3) травматический шок, 4) коллапс 5) иммунодефицитные состояния, 6) гипергидратация, гиперволемия 	<ol style="list-style-type: none"> 1) уремиическая кома, 2) диабетическая кома, 3) травматический шок, 4) коллапс 	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.)Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология,</p>

			<p>клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 47.</p>
2.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анемии, 2) гипертрофия аденогипофиза, 3) аллергические реакции 4) гипо- и дистрофии коркового слоя надпочечников, 5) подавление гуморального и клеточного звеньев иммунитета, 6) эрозии слизистой желудка и кишечника, 7) артериальная гипертензия 	<ol style="list-style-type: none"> 4) гипо- и дистрофии коркового слоя надпочечников, 5) подавление гуморального и клеточного звеньев иммунитета, 6) эрозии слизистой желудка и кишечника, 7) артериальная гипертензия 	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.) Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 47.</p>

Установите последовательность/Сопоставьте понятия				
1.	1. ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ НЕРВНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ СТАДИИ ШОКА... 2. ПРОЯВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ТОРПИДНУЮ ФАЗУ ШОКА...	А. тахикардия, артериальная гипертензия, двигательное и речевое возбуждение, гиперрефлексия. Б. ослабление эффектов симпато – адреналовой и гипофизарно-надпочечниковой систем, уменьшение сердечного выброса, депонирование крови, артериальная гипоксемия, олигурия	1. – А. 2. – Б.	Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.)Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 48.

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной Н., 62 лет, поступил в хирургическое отделение со свищем тонкого кишечника. АД – 80/40 мм рт. ст., пульс слабый 100 в минуту,	1. Некомпенсированный метаболический (негазовый) ацидоз без	Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65

	<p>гематокрит выше нормы, осмоляльность плазмы – 285 мОсм/кг H₂O. Кожа дряблая, тургор снижен, слизистые оболочки сухие, глазные яблоки мягкие при надавливании, мышечный тонус понижен. Суточный диурез – 600 мл. При определении показателей КОС установлено: рН = 7,26; рСО₂ = 36 мм рт. ст.; ВЕ = – 8 ммоль/л. Величина АР (анионной разницы) = 12 мэкв/л.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Классифицируйте вид нарушения КОС и водно-электролитного баланса.</p> <p>2. Объясните патогенез данной патологии и выявленных симптомов.</p>	<p>увеличения АР. Изоосмоляльная гипогидратация.</p> <p>2. Через свищ тонкого кишечника происходит потеря воды, бикарбоната и электролитов. Суточная продукция кишечного сока составляет 65% объема внеклеточной жидкости, а его осмоляльность равна осмоляльности плазмы крови, поэтому развивается изоосмоляльная форма гипогидратации, а из-за дефицита бикарбоната развивается ацидоз. ВЕ= -8 ммоль/л указывает на дефицит оснований. Нормальное напряжение СО₂ свидетельствует об отсутствии дыхательной компенсации. Симптомы обусловлены главным образом обезвоживанием, уменьшением ОЦК и АД, сгущением крови, нарушением центрального и периферического кровообращения, гипоксией.</p>	<p>"Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.) Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
2.	<p>Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе – частые носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, обильные выделения крови в период менструаций. Объективно: кожные покровы бледные, на ногах обнаружены петехиальные</p>	<p>1. Геморрагический синдром обусловлен нарушением первичного (сосудистотромбоцитарного) гемостаза вследствие тромбоцитопении. Уменьшение количества тромбоцитов происходит в связи с разрушением их в</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д.</p>

	<p>высыпания. Больная часто сплевывает полным ртом кровавую слюну. ЧСС- 120 в мин.; АД- 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторного исследования: Нб – 80г/л, Эр - 3,6x10¹²/л; ЦП=0,66; Тр -40x10⁹ /л. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови – 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) -15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG3. На основании проведенного обследования поставлен диагноз: Аутоиммунная тромбоцитопения (болезнь Верльгофа). Назначение кортикостероидных препаратов привело к снижению степени выраженности геморрагического синдрома и увеличению количества тромбоцитов.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объясните механизм развития геморрагического синдрома. 2. Чем обусловлена положительная динамика в течении болезни при назначении кортикостероидов? 3. Какие принципы патогенетической терапии целесообразно использовать в данном случае? 	<p>крови по цитотоксическому механизму при помощи IgG3-антител и активированных компонентов комплемента.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Положительная динамика при назначении кортикостероидных препаратов обусловлена их противовоспалительным и иммунодепрессивным действием. 3. Патогенетическая терапия включает: иммунодепрессанты, 	<p>Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
<p>3.</p>	<p>Больной 68 лет, страдавший стабильной стенокардией напряжения, в течение нескольких лет отмечал появление стенокардии ежедневно 1-2 раза при ходьбе. В течение последней недели число приступов постепенно увеличивалось и достигло 10-15 в день. Тяжесть приступов не изменилась, они прекращались после снятия нагрузки, иногда – после приема нитроглицерина. К врачам не обращался, антиангинальных препаратов не принимал. В день госпитализации на улице развился тяжелый ангинозный приступ, не</p>	<p>Инфаркт миокарда с поражением передней стенки левого желудочка. Возможная причина – тромбоз стенозированной левой коронарной артерии с ее полной закупоркой, возможно на фоне деструкция бляшки. Об ответе острой фазы и развитии резорбтивно-некротического синдрома. Имеет значение выделение аленозина, степень</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и</p>

	<p>купировавшийся нитроглицерином. При поступлении: больной бледен, испуган, жалуется на сильные боли за грудиной. АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 уд. в мин. На ЭКГ – в отведениях I, aVL, V1-V6 –высокий подъем ST (монофазная кривая). На ЭХОграмме – истончение стенки левого желудочка, там же выявляется участок акинезии. В крови увеличен уровень миоглобина и тропонина, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Температура тела – 38,4 Сo .</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание можно предположить у данного больного? Подтвердите Ваш диагноз данными обследования. Какова возможная причина заболевания? 2. О чем свидетельствуют лейкоцитоз, повышение t° тела, ускорение СОЭ, результаты биохимического исследования крови? 3. Каков механизм возникновения тяжелого болевого приступа? 4. Какова патогенетическая терапия при данном заболевании? 	<p>растяжения миокарда, количество погибших клеток. Введение тромболитиков, обезболивание, применение нитратов, антиагрегантов, в последующие дни назначение ингибиторов АПФ для профилактики ремоделирования миокарда.</p>	<p>доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
4.	<p>Больной К., 28 лет, поступил в клинику через 3 недели после перенесенной ангины с жалобами на ноющие боли в пояснице, головную боль, частые мочеиспускания, отеки на лице (особенно по утрам), одышку, жажду. При обследовании : больной бледен, отеки на ногах и особенно выражены на лице. АД – 180/100, ЧСС – 100, на ЭКГ признаки диффузного поражения миокарда. В крови: Нб -100 г/л, СОЭ – 26 мм/час, остаточный азот 70-85 ммоль/л, в крови повышено содержание фракций глобулинов. Суточный диурез -1л, относительная плотность мочи -1029, концентрационный индекс – 3,3. Моча мутная, имеет вид "мясных помоев", содержит большое количество эритроцитов в виде "теней", лейкоцитов до 6-8 в поле</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиренс креатинина у больного указывает на резкое снижение фильтрационной и экскреторной функции почек. Вместо 100 за 1 мин. фильтруется только 50 мл первичной мочи, а значит не 100 мл крови, а всего 50 мл очищается от токсических веществ. Концентрационный индекс и относит. плотность мочи в норме, что указывает на нормальную концентрационную функцию канальцев почек. 2. Олигурия (диурез 1 	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-</p>

	<p>зрения, гиалиновые цилиндры – 3-4 в поле зрения; белок -1,5 -2 г/л молекулярной массой менее 70000. Клиренс креатинина менее 50% от должной величины. В пункционном биоптате почек выявлены депозиты иммунных комплексов.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените фильтрационную и концентрационную функцию почек. 2. Объясните механизм имеющихся у больного симптомов и синдромов. 	<p>л) обусловлена уменьшением клубочковой фильтрации. —Мочевой синдром – селективная протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия – следствие воспаления и повышения проницаемости сосудов почек. Гипергидратация с отечным синдромом является следствием олигурии и активации РААС. Артериальная гипертензия обусловлена повышением ОЦК и повышением тонуса артериол под влиянием АТ-II, вазопрессина, задержки натрия из-за активации РААС. Анемия (снижение Hb) может быть следствием макрогематурии. Азотемия (повышение остаточного азота > 30 ммоль/л) обусловлена ослаблением экскреторной функции клубочков.</p>	<p>9704-2264-9 (общ.). Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
<p>5.</p>	<p>Больной Д., 48 лет, в течение 30 лет страдает бронхиальной астмой. За последние 10 лет приступы астмы участились и для их купирования были применены препараты глюкокортикоидов. В дальнейшем больной начал самостоятельно принимать эти препараты для снятия приступов. За последний год развилось ожирение с преимущественным отложением жира в области щек и живота. Стало повышаться АД (180/100-190/110 мм.рт.ст.). Приступы бронхиальной астмы прекратились, и больной перестал принимать гормональные</p>	<p>1. В основе острой надпочечниковой недостаточности – атрофия коры надпочечников, развившаяся по механизму обратной связи в результате длительного лечения глюкокортикоидами: ↑ экзогенных глюкокортикоидов → ↓синтеза кортикотропин-рилизинг факторов в гипоталамусе→</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и</p>

	<p>препараты. Через несколько дней после отмены препарата появились: головокружение, резкая мышечная слабость, анорексия, понос. В связи с нарастанием этих симптомов больной доставлен в клинику. Данные обследования: больной среднего роста с признаками ожирения по верхнему типу. На животе – полосы натяжения багрового цвета, на лице много угрей. АД – 70/50 мм.рт.ст., пульс редкий и слабый. Уровень глюкозы в крови 2,7 ммоль/л, выраженная гипонатриемия.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Почему после отмены препаратов развилась гипотензия, гипонатриемия и гипогликемия? 2. Назовите принципы лечения и профилактики. 	<p>↓синтеза АКТГ в гипофизе→атрофия коры надпочечников. Снизилась продукция как глюкокортикоидов, так и минералкортикоидов, что привело к потере натрия с мочой, гиповолемии, отсутствию перmissive эффекта глюкокортикоидов для катехоламинов и гипотензии, а также и гипогликемии.</p> <p>2. Принцип лечения – заместительный: введение глюкокортикоидов, натрия, воды и глюкозы. Принципы профилактики: постепенная отмена препарата, постепенное снижение дозы глюкокортикоидов. Возможно дополнительное назначение АКТГ.</p>	<p>доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>В КАКУЮ СТАДИЮ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ СТРЕССЕ?</p>	<p>Гипертрофия коры надпочечников при стрессе развивается в стадию резистентности</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и</p>

			<p>доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 48.</p>
2.	КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ pH КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ НЕКОМПЕНСИРОВАННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА?	Для некомпенсированного метаболического ацидоза характерно снижение pH крови.	<p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 24.</p>
3.	КАКОВ ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ КОМПЕНСАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА?	Основным механизмом компенсации метаболического ацидоза является альвеолярная (легочная) гипервентиляция.	<p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 25.</p>

4.	<p>ПЕРЕИЗБЫТОК КАКОГО ГОРМОНА ВЫЗЫВАЕТ ГИПОГЛИКЕМИЮ ВПЛОТЬ ДО ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ?</p>	<p>Гипогликемию вплоть до гипогликемической комы вызывает переизбыток инсулина.</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 21.</p>
5.	<p>КАКОЙ ТИП НАРУШЕНИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЕ?</p>	<p>Неукротимая рвота приводит к развитию метаболического алкалоза.</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И.</p>

			<p>Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология». Часть II / Сост. Л.Н.Рогова, Е. И. Губанова, И. А. Фастова, Т. В. Замечник и др.; под общей редакцией Л. Н. Роговой. Волгоград: Изд-во ВолГМУ. 2017. – 104 с. С. 24.</p>
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	1. выявлять основное и ведущее звено в патогенезе патологических процессов, реакций, состояний, симптомов, синдромов и нозологических единиц

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Больной Д., 48 лет, в течение 30 лет страдает бронхиальной астмой. За последние 10 лет приступы астмы участились и для их купирования были применены препараты глюкокортикоидов. В дальнейшем больной начал самостоятельно	1. I синдром – синдром Иценко-Кушинга, ятрогенная форма. II синдром – синдром «отмены», острая надпочечниковая недостаточность.	Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело",

<p>принимать эти препараты для снятия приступов. За последний год развилось ожирение с преимущественным отложением жира в области щек и живота. Стало повышаться АД (180/100-190/110 мм.рт.ст.). Приступы бронхиальной астмы прекратились, и больной перестал принимать гормональные препараты. Через несколько дней после отмены препарата появились: головокружение, резкая мышечная слабость, анорексия, понос. В связи с нарастанием этих симптомов больной доставлен в клинику. Данные обследования: больной среднего роста с признаками ожирения по верхнему типу. На животе – полосы натяжения багрового цвета, на лице много угрей. АД – 70/50 мм.рт.ст., пульс редкий и слабый. Уровень глюкозы в крови 2,7 ммоль/л, выраженная гипонатриемия.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой синдром развился у больного на фоне длительного лечения глюкокортикоидами? Какой синдром развился у больного после прекращения приема этих препаратов? 2. Что означает «ожирение по верхнему типу»? 3. Каковы механизмы ожирения, образования полос натяжения, гипертензии при длительном приеме глюкокортикоидных препаратов? 4. Почему после отмены препаратов развилась гипотензия, гипонатриемия и гипогликемия? 5. Назовите принципы лечения и профилактики. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Это означает избыточное отложение жира главным образом на лице (лунообразное лицо), в области верхнего плечевого пояса, груди, живота, в области 7-го шейного позвонка (климактерический горбик). При этом конечности истончаются или остаются обычного размера. 3. Различные ткани имеют неодинаковое количество рецепторов к глюкокортикоидам, адреналину, инсулину и андрогенам. Поэтому при гиперкортизолизме в одних тканях может преобладать катаболизм белков (кожа, поперечнополосатые мышцы) и жиров (жировая ткань конечностей). В крови увеличивается количество свободных жирных кислот, ЛПОНП, ЛПНП и глюкозы, которая выделяется из печени, где усиливается глюконеогенез. В ответ развивается гиперинсулинизм. На фоне повышенного аппетита и полифагии инсулин способствует превращению глюкозы и СЖК в триглицериды, которые откладываются в виде жира в характерных для этого синдрома местах. Полосы натяжения багрового цвета отмечаются в 	<p>060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
---	--	--

		<p>местах отложения жира. Именно там истонченная кожа растягивается и сквозь нее просвечивают капилляры, переполненные кровью (гиперволемиа + эритроцитоз).</p> <p>Гипертензия возникает в результате: 1) увеличения работы сердца в ответ на увеличение объема крови и пермиссивного эффекта глюкокортикоидов в отношении катехоламинов; 2) спазма сосудов из-за гипернатриемии, пермиссивного эффекта глюкокортикоидов, увеличенного синтеза эндотелинов и уменьшенного оксида азота; 3) увеличения синтеза ангиотензиногена и АПФ. 4. В основе острой надпочечниковой недостаточности – атрофия коры надпочечников, развившаяся по механизму обратной связи в результате длительного лечения глюкокортикоидами: ↑ экзогенных глюкокортикоидов → ↓синтеза кортикотропин-рилизинг факторов в гипоталамусе → ↓синтеза АКТГ в гипофизе → атрофия коры надпочечников. Снизилась продукция как глюкокортикоидов,</p>	
--	--	---	--

		<p>так и минералкортикоидов, что привело к потере натрия с мочой, гиповолемии, отсутствию пермиссивного эффекта глюкокортикоидов для катехоламинов и гипотензии, а также и гипогликемии.</p> <p>5. Принцип лечения – заместительный: введение глюкокортикоидов, натрия, воды и глюкозы. Принципы профилактики: постепенная отмена препарата, постепенное снижение дозы глюкокортикоидов. Возможно дополнительное назначение АКТГ.</p>	
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ВТОРИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОДАГРЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет 2. гипопопротеинемия 3. анемия 4. Артериальная гипертензия 5. ожирение 	<p>Сахарный диабет гипопопротеинемия анемия Артериальная гипертензия Ожирение</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Тестовые задания по дисциплин</p>

			«Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, стр 73,(36) ,стр. 97 (1,2,4,5)
2.	<p>ПОДАГРА-ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ</p> <p>1.гиперурикемией 2.отложением мочевой кислоты В органах и тканях 3.панкреатитом 4.уратной нефропатией 5. уролитиазом</p>	<p>.1.гиперурикемией 2.отложением мочевой кислоты в органах и тканях 3.панкреатитом 4.уратной нефропатией уролитиазом</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, стр. 73 (35), стр. 97 (1,2,4,5,)</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ: Жажда, АДГ, гиперосмолярность, гипергликемия, полиурия, дефицит инсулина</p>	<p>Дефицит инсулина, гипергликемия, гиперосмолярность, жажда, АДГ, полиурия</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В.</p>

			Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704- 2264-9 (общ.).
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>В течение годовой стажировки 23-летняя офицер Воздушных Сил с первого места в своем классе опустилась на последнее. Она отмечала огрубение голоса, тенденцию к увеличению веса, меноррагии, прогрессирующее отсутствие адаптации к холоду. В крови увеличение концентрации ТТГ и снижение Т₃ и Т₄.</p> <p>ВОПРОС: Патология какой эндокринной железы развилась пациентки? Механизм развития симптомов.</p>	<p>Увеличение массы тела, огрубение голоса, снижение интеллектуальной способности, нарушение менструального цикла, гипотермия, снижение концентрации Т₃ и Т₄ в сыворотке крови, дают основание предположить, что у пациентки гипотиреоз.</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 33, 61.</p>

2.	<p>У 35-летней женщины несмотря на повышенный аппетит наблюдается потеря веса, а также аменорея. Физикальное обследование обнаружило экзофтальм, слабый тремор покоя, тахикардию, влажную теплую кожу. В сыворотке крови увеличена концентрация T₃ и T₄.</p> <p>ВОПРОС: Какая патология развилась у этой больной? Механизм развития симптомов.</p>	<p>Потеря веса на фоне повышенного аппетита, нарушение менструального цикла, тахикардия, тремор, экзофтальм, влажная теплая кожа дают основание сделать заключение, что у больной гипертиреоз.</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2012. — 72 с. С. 33, 61.</p>
3.	<p>Больному 46 лет, в связи со значительным асцитом произведена пункция брюшной полости. После извлечения 5 л жидкости внезапно резко ухудшилось состояние больного: появилось головокружение, развился обморок. Обморок у больного был расценен как проявление недостаточности кровоснабжения головного мозга в результате перераспределения крови.</p> <p>ВОПРОСЫ: К каким последствиям в кровоснабжении органов брюшной полости привел асцит у больного? Почему после пункции брюшной полости произошло</p>	<p>Накопление большого количества жидкости в брюшной полости привело к сжатию артериальных сосудов брыжейки, уменьшению притока крови и развитию ишемии. В области ишемии увеличилось содержание катионов водорода, органических кислот, АДФ, аденозина, гистамина, кининов, простагландинов и других активных</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. :</p>

	перераспределение крови?	веществ, которые понижают тонус гладкомышечных клеток сосудистой стенки. При быстром извлечении асцитической жидкости резко уменьшилось давление в брюшной полости и в расширенные сосуды брыжейки устремилась кровь, что привело к развитию региональной постишемической артериальной гиперемии, повлекшей за собой перераспределение крови в организме и появление симптомов ишемии головного мозга больного.	ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19
4.	Больной Д., 48 лет, в течение 30 лет страдает бронхиальной астмой. За последние 10 лет приступы астмы участились и для их купирования были применены препараты глюкокортикоидов. В дальнейшем больной начал самостоятельно принимать эти препараты для снятия приступов. За последний год развилось ожирение с преимущественным отложением жира в области щек и живота. Стало повышаться АД (180/100-190/110 мм.рт.ст.). Приступы бронхиальной астмы прекратились, и больной перестал принимать гормональные препараты. Через несколько дней после отмены препарата появились: головокружение, резкая мышечная слабость, анорексия, понос. В связи с нарастанием этих симптомов больной доставлен в клинику. Данные обследования: больной среднего роста с признаками ожирения по верхнему типу. На животе – полосы натяжения багрового цвета, на лице много угрей. АД – 70/50 мм.рт.ст., пульс	1. I синдром – синдром Иценко-Кушинга, ятрогенная форма. II синдром – синдром «отмены», острая надпочечниковая недостаточность. 2. Это означает избыточное отложение жира главным образом на лице (лунообразное лицо), в области верхнего плечевого пояса, груди, живота, в области 7-го шейного позвонка (климактерический горбик). При этом конечности истончаются или остаются обычного размера. 3. Различные ткани имеют неодинаковое количество рецепторов к глюкокортикоидам, адреналину, инсулину и андрогенам. Поэтому	Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод.

<p>редкий и слабый. Уровень глюкозы в крови 2,7 ммоль/л, выраженная гипонатриемия.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Какой синдром развился у больного на фоне длительного лечения глюкокортикоидами? Какой синдром развился у больного после прекращения приема этих препаратов?</p> <p>2. Что означает «ожирение по верхнему типу»?</p> <p>3. Каковы механизмы ожирения, образования полос натяжения, гипертензии при длительном приеме глюкокортикоидных препаратов?</p>	<p>при гиперкортизолизме в одних тканях может преобладать катаболизм белков (кожа, поперечнополосатые мышцы) и жиров (жировая ткань конечностей). В крови увеличивается количество свободных жирных кислот, ЛПОНП, ЛПНП и глюкозы, которая выделяется из печени, где усиливается глюконеогенез. В ответ развивается гиперинсулинизм. На фоне повышенного аппетита и полифагии инсулин способствует превращению глюкозы и СЖК в триглицериды, которые откладываются в виде жира в характерных для этого синдрома местах. Полосы натяжения багрового цвета отмечаются в местах отложения жира. Именно там истонченная кожа растягивается и сквозь нее просвечивают капилляры, переполненные кровью (гиперволемия + эритроцитоз). Гипертензия возникает в результате: 1) увеличения работы сердца в ответ на увеличение объема крови и пермиссивного эффекта глюкокортикоидов в отношении катехоламинов; 2) спазма сосудов из-за гипернатриемии,</p>	<p>разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
--	---	--

		пермиссивного эффекта глюкокортикоидов, увеличенного синтеза эндотелинов и уменьшенного оксида азота; 3) увеличения синтеза ангиотензиногена и АПФ.	
5.	<p>Больная Н., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на резкую слабость, повышение температуры тела с ознобом, боли в пояснице, одышку в покое, боли в области сердца и сердцебиение. При осмотре обращали на себя внимание бледность кожи с лимонно-желтым оттенком, увеличение и болезненность селезенки при пальпации. Анализ крови: гемоглобина (HGB) 80 г/л, эритроцитов (RBC) 2,1 x 10¹²/л, гематокрит (HCT) 0,27л/л, MCV – 122 фл(fl), MCH – 36 пг (pg), MCHC – 318 г/л, RDW- 18%, ретикулоцитов 28%, ИР-9,5; тромбоцитов (PLT) 180 x 10⁹ /л, лейкоцитов (WBC) 12,5 x 10⁹ /л. Лейкоцитарная формула (в %): базофилов – 1, эозинофилов – 4, нейтрофилов: метамиелоцитов – 2, палочкоядерных – 11, сегментоядерных – 62; лимфоцитов – 17, моноцитов – 3. В мазке крови: пойкилоцитоз, полихроматофилия, единичные оксифильные и полихроматофильные нормоциты. СОЭ 40 мм/час. Содержание железа в сыворотке крови 45 мкмоль/л, билирубина – 85 мкмоль/л. Осмотическая резистентность эритроцитов: минимальная – 0,56% NaCl, максимальная – 0,32% NaCl. Прямая проба Кумбса положительная.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Оцените показатели периферической крови и функциональное состояние костного мозга.</p> <p>2. Для какой патологии системы</p>	<p>1. ЦП=0,85. Классификация по ЦП – нормохромная, по среднему диаметру эритроцитов – нормоцитарная, по типу кроветворения – нормобластическая, по функциональному состоянию красного костного мозга – гиперрегенеторная, по патогенезу – вследствие повышенного разрушения эритроцитов.</p> <p>2. Для аутоиммунной гемолитической анемии.</p> <p>3. Обоснование: характерные клинические проявления гемолитического криза, гиперрегенеторное течение (увеличение содержания ретикулоцитов до 28% и индекса ретикулоцитов до 5,3%, полихроматофилия, наличие единичных оксифильных и полихроматофильных нормоцитов, нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом влево). Увеличение содержания</p>	<p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm</p> <p>1 (дата обращения: 26.09.2023)Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>

	<p>крови характерна данная гемограмма?</p> <p>3. Объясните патогенез данной патологии, и классифицируйте её по основным показателям (по патогенезу, по регенераторной способности костного мозга, по типу кроветворения, по размеру эритроцитов и степени анизоцитоза, по содержанию в них гемоглобина).</p> <p>4. Объясните механизм симптомов и изменений в гемограмме.</p> <p>5. Что означает проба Кумбса?</p>	<p>билирубина в крови, сывороточного железа и снижение минимальной осмотической резистентности эритроцитов, положительный прямой тест Кумбса. Патогенез анемии связан с аутоиммунным повреждением эритроцитов, развивающимся по цитотоксическому типу реакций иммунного повреждения. Основные механизмы: 1) комплементзависимый лизис эритроцитов с участием большого лимбранаоатакующего комплекса C5C6C7C8C9; 2) антителозависимая клеточная цитотоксичность по перфориновому механизму; 3) фагоцитоз. 4. Повышение температуры тела с ознобом является проявлением ООФ. Слабость, боли в области сердца, сердцебиение, одышка в покое связаны с развитием 70 гипоксии гемического типа. Увеличение и болезненность селезенки объясняются массивным гемолизом опсонизированных эритроцитов в ней. Увеличение содержания ретикулоцитов и</p>	
--	--	---	--

		<p>появление единичных нормоцитов связаны с резко выраженной активацией эритропоэза. Уменьшение содержания кислорода в крови вызывает повышенное образование эритропоэтинов в юкстагломерулярном аппарате почек. Под действием цитокинов (ИЛ-1, ИЛ3, ГМ-КСФ), выделяемых активированными макрофагами и другими клетками, увеличивается пролиферация ранних и поздних предшественников эритроцитов. Снижение минимальной осмотической резистентности эритроцитов объясняется повреждением мембраны, набуханием и увеличением индекса сферичности эритроцитов.</p> <p>5. Прямой тест Кумбса с использованием ослиных или кроличьих антисывороток к человеческим IgG и IgM выявляет наличие антиэритроцитарных антител</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Стадии коагуляционного гемостаза	Формирование активного фактора Ха, формирование	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.

		тромбина, формирование фибрина	Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.6
2.	Характеристика системы антигемостаза	Антигемостаз – комплекс механизмов, обеспечивающих несмачиваемость интактной сосудистой стенки и жидкое состояние крови в нормальных сосудах, а также локальный характер и обратимость тромбоза.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др. Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.5
3.	Понятие о первичном гемостазе	Первичный гемостаз по механизму развития-сосудисто- тромбоцитарный, под ним понимают остановку кровотечения из мелких сосудов, диаметр которых не превышает 100мкм.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др. Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.9
4.	Понятие о вторичном гемостазе	Вторичный гемостаз активируется при повреждении артериальных и венозных сосудов диаметром более 100 мкм. Основой вторичного гемостаза служит коагуляционный гемостаз с активацией всех звеньев системы, особенно фибринового-	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.10
5.	Понятие о тромбофилическом синдроме	Стойкое преобладание гемостаза над антигемостазом приводит к тромбофилическому синдрому, то есть обильному и частому избыточному формированию тромбов и сгустков.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.8

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	2. определять роль индивидуальной реактивности и резистентности в патологии;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: 1.печеночной подпеченочной желтухи 2.надпеченочной,, печеночной желтухи	1. печеночной подпеченочной желтухи	Литвицкий, П. Ф.Патофизиология учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 20, 9 (1), стр. 95
2.	ПИГМЕНТ, ПРИДАЮЩИЙ ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧЕ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ: 1. Коньюгированный билирубин 2. Неконьюгированный билирубин 3. Уробилиноген 4. стеркобилин	5. Коньюгированный билирубин	Литвицкий, П. Ф.Патофизиология учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. -

			<p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.html</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 20, 3 (1), стр. 95</p>
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ПРОЯВЛЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ НАРУШЕНИЕМ ПУРИНОВЫХ ОСНОВАНИЙ:</p> <p>1. Подагра 2. гиперурикемия 3. Синдром Леша-Найена 4. гипоурикемия 5. ортоацидурия</p>	<p>2. Подагра 2. гиперурикемия 3. Синдром Леша-Найена</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p> <p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, стр. 73, стр. 97 (1,2,3,4)</p>

2.	<p>ХРОНИЧЕСКОЕ ПРОЛИФЕРАТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ПОДАГРЕ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monoартритом 2. Кетоновыми телами в крови и моче 3. Уролитолизом и рецидивирующими пиелонефритами 4. Постоянно высоким уровнем мочевой кислоты в плазме крови и моче 	<p>1 Monoартритом 3 Уролитолизом и рецидивирующими пиелонефритами 4. Постоянно высоким уровнем мочевой кислоты в плазме крови и моче</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, стр. 72 ,стр. 97 (1,3,4)</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ: Экзопирогены, цитокины, ИЛ-1, 6 ,8, ФНО, изменение электрогенных свойств нейронов центра терморегуляции, нейроны центра терморегуляции, эндопирогены, простагландины: Установите правильную последовательность</p>	<p>Экзопирогены, эндопирогены, цитокины, ИЛ-1, 6, 8, ФНО, нейроны центра терморегуляции, простагландины, изменение электрогенных свойств нейронов центра терморегуляции</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. -</p>

			ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
--	--	--	--------------------------------

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>В клинику обратилась пациентка с жалобами на чувство жжения и боли в языке, нарушение вкуса. Из анамнеза выяснено, что у женщины 2 года назад наступила менопауза. Ощущение боли и жжения проходит во время приема пищи. Также отмечается наличие у пациентки канцерофобии.</p> <p>При осмотре язык сухой, обложен у корня, элементы поражения слизистой оболочки отсутствуют.</p> <p>ВОПРОС: Назовите заболевание? Какие причины данной патологии?</p>	<p>Глоссалгия.</p> <p>Причина и механизм развития заболевания до конца неясны.</p> <p>Разные авторы отмечают возможность возникновения данной патологии по причине аллергии на акриловые пластмассы протезов, а также механическое раздражение протезами.</p> <p>Кроме того, возникновение глоссалгии возможно после приема ряда препаратов ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл, каптоприл).</p> <p>Многие авторы в качестве причины стомалгии называют гормональные изменения, так достаточно часто дискомфорт слизистой оболочки рта возникает во время менопаузы.</p> <p>Ряд авторов отмечает корреляцию стомалгии и эмоциональных изменений, у 95% больных выявляется наличие стресса, тревоги, депрессии.</p> <p>Исследования последних лет показали, что повреждение или</p>	<p>Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии: Учебное пособие / Сост.: Е. И. Губанова, Л. Н. Рогова, И. А. Фастова. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — 72 с. С. 32, 60-61.</p>

		воспаление периферических тканей или нервов может создавать нейропластические нарушения в центральных ноцицептивных системах.	
2.	<p>Двух крыс: одну интактную, другую после двусторонней адреналэктомии (удаление надпочечников) помещают в большую банку с водой и наблюдают за тем, как плавают животные. Через 10 – 15 минут адреналэктомированная крыса начинает тонуть и ее извлекают, а другая продолжает плавать еще длительное время.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Оцените реактивность и резистентность этих животных по отношению к физической нагрузке.</p> <p>2. Объясните полученные результаты.</p>	<p>У адреналэктомированной крысы снижена реактивность (гипоэргия) и резистентность к физической нагрузке по сравнению с интактной крысой. После удаления надпочечников у крысы возникает дефицит важнейших адаптивных гормонов – глюкокортикоидов, минералкортикоидов и катехоламинов, в результате чего у крысы развивается гипонатриемия, гипогликемия, резко снижается ОЦК, ослабляется влияние симпатической нервной системы на сердце и сосуды, уменьшается минутный объем сердца и артериальное давление, возникает гипоксия и тяжелая мышечная слабость, что приводит к снижению реактивности и резистентности по отношению к физической нагрузке.</p>	<p>Самусев, Р. П. Патофизиология. Клиническая патофизиология. Руководство к практическим занятиям / под ред. Уразовой О. И., Новицкого В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-5079-6.</p> <p>6. Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
3.	<p>Перед введением разрешающей дозы аллергена, индуцирующего развитие анафилактической реакции, одному сенсibilизированному животному введен β-адреноблокатор, а другому</p>	<p>1. Патохимическая стадия аллергической реакции будет более выражена у животного, которому ввели β-</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. - 5-е изд., перераб. и</p>

<p>– β-адреностимулятор.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. В каком случае будет более выражена патохимическая стадия аллергической реакции и почему?</p> <p>2. Какие препараты следует вводить для ослабления анафилактической реакции.</p> <p>3. Объясните механизм их действия.</p>	<p>адреноблокатор. β-адреноблокаторы снижают, а β-адреностимуляторы повышают внутриклеточное содержание вторичного мессенджера – цАМФ, меняя активность фермента аденилатциклазы. Стойкое повышение концентрации цАМФ в клетке тормозит поступление ионов кальция в цитоплазму клеток, в том числе тучных клеток. Это, в свою очередь, тормозит дегрануляцию тучных клеток и образование в них синтезируемых медиаторов аллергии (снижение активации фосфолипаз, подавление сокращения миофибрилл и др. кальцийзависимых реакций). 2. Для ослабления анафилактической реакции следует вводить препараты: 1) блокаторы рецепторов медиаторов аллергии, 2) блокаторы синтеза медиаторов аллергии, 3) стабилизаторы мембраны тучных клеток, 4) препараты, повышающие концентрацию цАМФ в клетках. 3. Блокаторы рецепторов медиаторов аллергии (антигистаминные препараты, блокаторы лейкотриеновых рецепторов</p>	<p>доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 1. - 624 с. : ил. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5567-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.htm</p> <p>1 Губанова, Е. И. Патофизиологическая оценка результатов иммунограммы: учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов по спец. : леч. дело, педиатрия и стоматология / Е. И. Губанова, И. А. Фастова ; ВолГМУ Минздрава РФ, Каф. патол. физиологии. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2012. - 44 с. – Текст : непосредственный</p> <p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.r</p>
--	--	---

		<p>предотвращают стимуляцию соответствующих рецепторов и подавляют развитие стадии клинических проявлений аллергии (отек, кожный зуд, риноррею и др.). Блокаторы синтеза медиаторов аллергии оказывают аналогичное действие за счет торможения синтеза медиаторов (торможение синтеза лейкотриенов в тучных клетках). Стабилизаторы мембран тучных клеток неспособны подавить уже развившуюся анафилактическую реакцию, но могут предотвращать ее развитие при профилактическом приеме.</p>	<p>u/index.php?id=19</p>
<p>4.</p>	<p>Больной Н., 62 лет, поступил в хирургическое отделение со свищом тонкого кишечника. АД – 80/40 мм рт. ст., пульс слабый 100 в минуту, гематокрит выше нормы, осмоляльность плазмы – 285 мОсм/кг H₂O. Кожа дряблая, тургор снижен, слизистые оболочки сухие, глазные яблоки мягкие при надавливании, мышечный тонус понижен. Суточный диурез – 600 мл. При определении показателей КОС установлено: рН = 7,26; рСО₂ = 36 мм рт. ст.; ВЕ = – 8 ммоль/л. Величина АР (анионной разницы) = 12 мэкв/л.</p> <p>ВОПРОС: Как у больного изменено состояние РААС и почему?</p>	<p>Активность РААС компенсаторно повышена, т.к. при снижении ОЦК, уменьшении почечного кровотока и активации симпатической НС увеличивается выброс ренина из ЮГА. РААС обеспечивает задержку в организме натрия и воды, а также повышение тонуса сосудов.</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 1. - 624 с. : ил. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5567-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.htm 1</p> <p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по</p>

			<p>патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p>
5.	<p>Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе – частые носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, обильные выделения крови в период менструаций. Объективно: кожные покровы бледные, на ногах обнаружены петехиальные высыпания. Больная часто сплевывает полным ртом кровавую слюну. ЧСС- 120 в мин.; АД- 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторного исследования: Нб – 80г/л, Эр - 3,6x10¹²/л; ЦП=0,66; Тр -40x10⁹ /л. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови – 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) -15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG3. На основании проведенного обследования поставлен диагноз: Аутоиммунная тромбоцитопения (болезнь Верльгофа). Назначение кортикостероидных препаратов привело к снижению степени выраженности геморрагического синдрома и увеличению количества</p>	<p>1. При тромбоцитопении развивается петехиальнопятнистый тип кровоточивости. 2. Продукция тромбоцитопэтинов увеличена, что приводит к увеличению продукции в костном мозгу тромбоцитов. Несмотря на это, восстановления нормального количества тромбоцитов не происходит вследствие их усиленного разрушения.</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. :</p>

тромбоцитов.		ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19
<p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Укажите тип кровотоочивости.</p> <p>2. Как изменяется продукция тромбоцитопоэтинов при данном заболевании?</p>		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Как называются системные тромбо- и сгусткообразование в венах и артериях	При системном тромбо- и сгусткообразовании в венах развивается ДВС-синдром, артериальный тромбоз-называется тромботическая тромбоцитопеническая пурпура с симптомами гемолиза и ишемии, преимущественно в церебральных сосудах, или гемолитико-уремический синдром в ренальных сосудах.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др. Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.9-10 Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
2.	Оценка эндотелиальной пробы при определении функционального состояния систем гемостаза и антигемостаза	Эндотелиальные пробы-подсчет числа петехий на участке кожи стандартной площади после дозированного по времени и силе механического	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др. Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.12

		воздействия.	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
3.	Определение понятия вазопатия.	Вазопатии-результат структурных нарушений сосудов, а также их химического состава.	<p>Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др. Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.10</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-</p>

			629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
4.	Охарактеризуйте болезнь Шенляйн-Геноха.	Болезнью Шенляйн-Геноха, называется капилляротоксикоз, геморрагический васкулит, анафилактическая пурпура-представляющая собой системный иммунопатологический васкулит преимущественно стрептококковой природы, приводящий к вазопатии и нарушению клиренса иммунных комплексов, их оседании на эндотелии и последующей активации комплементзависимого гемолиза.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр.21 Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
5.	С какими двумя важными функциями фактора фон Виллебранда связан патогенез болезни фон Виллебранда	Патогенез этого заболевания связан с его участием в адгезии тромбоцитов и в стабилизации и транспорте V/// фактора свертывания крови.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр 23. Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т.

			Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	3. прогнозировать динамику наблюдаемых явлений, их исходов

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ КАНАЛЬЦЕВ ПОЧЕК:</p> <p>1. Аминоацидурия, изостенурия, неселективная протеинурия, понижение секреции H⁺ и аммония</p> <p>2. Наличие в моче выщелоченных эритроцитов, снижение клиренса креатинина</p>	3. Аминоацидурия, изостенурия, неселективная протеинурия, понижение секреции H ⁺ и аммония	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. :</p>

			ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 21, 1 (1) Стр 95
2.	<p>ВЕДУЩИЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПОЧЕК:</p> <p>1. Снижение онкотического давления плазмы крови, нарушение реабсорбции белка в канальцах, нарушение проницаемости гломерулярного фильтра, массивная протеинурия</p> <p>2. вторичный альдостеронизм, гиперпротеинемия</p>	Снижение онкотического давления плазмы крови, нарушение реабсорбции белка в канальцах, нарушение проницаемости гломерулярного фильтра, массивная протеинурия	Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.). Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 21, 5 (1), стр. 95
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МИГРАЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ:</p> <p>Селектины, интегринны, хемоаттрактанты, сегментоядерные</p>	Флоготен, хемоаттрактант, нейтрофилы, эндотелий, селектины интегринны, миграция	Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В.

	нейтрофилы, эндотелий, миграция лейкоцитов через стенку сосуда, фагоцитоз, флогоген	лейкоцитов через стенку сосудов, фагоцитоз	Порядина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1
--	---	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Больной Н., 62 лет, поступил в хирургическое отделение со свищом тонкого кишечника. АД – 80/40 мм рт. ст., пульс слабый 100 в минуту, гематокрит выше нормы, осмоляльность плазмы – 285 мОсм/кг H₂O. Кожа дряблая, тургор снижен, слизистые оболочки сухие, глазные яблоки мягкие при надавливании, мышечный тонус понижен. Суточный диурез – 600 мл. При определении показателей КОС установлено: рН = 7,26; рСО₂ = 36 мм рт. ст.; ВЕ = – 8 ммоль/л. Величина АР (анионной разницы) = 12 мэкв/л.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Какой должна быть у больного концентрация Cl⁻ в плазме крови и почему?</p> <p>2. Как изменяются в почках следующие процессы: а) аммонιοгенез, б) реабсорбция бикарбоната, в) реабсорбция натрия, г) секреция Н⁺ и К⁺, д) реабсорбция воды.</p>	<p>1. Концентрация Cl⁻ в плазме должна быть повышенной, т.к. величина АР нормальная. Это значит, что для сохранения электронейтральности снижение концентрации НСО₃ – уравнивается увеличением ионов Cl⁻, которые поступают в плазму из эритроцитов.</p> <p>2. В целях компенсации ацидоза (выведение Н⁺ и возврат бикарбоната) и гипогидратации (уменьшение диуреза) в почках:</p> <p>а) аммонιοгенез увеличивается, б) реабсорбция бикарбоната увеличивается, в) реабсорбция натрия увеличивается, г) секреция Н⁺ и К⁺ увеличивается, д) реабсорбция воды</p>	<p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т.</p>

		увеличивается.	Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
2.	<p>В клинику поступила больная П., 10 лет, с диагнозом: семейная гиперхолестеринемия Па типа, гомозиготная форма, множественный ксантоматоз. У пациентки при рождении были обнаружены ксантомы в области ягодиц, а к 3-х летнему возрасту они появились в области ахилловых сухожилий, локтевых суставов, кистей рук. В 5 лет впервые обнаружили высокие уровни холестерина в крови (от 26 до 39 ммоль/л). У родителей тоже было выявлено повышение концентрации холестерина в крови, у ее брата холестерин крови – 9,1 ммоль/л. Больная предъявляла жалобы на слабость, утомляемость. АД – 95/60 мм рт.ст. Пульс – 100 уд/мин. Патологии со стороны органов дыхания и брюшной полости не выявлено. Мониторирование ЭКГ обнаружило редкие эпизоды ишемии миокарда – снижение сегмента ST. Анализ липидного спектра показал, что увеличение содержания холестерина в крови (23,5 ммоль/л) происходило в основном вследствие увеличения уровня холестерина ЛПНП (до 12,6 – 18 ммоль/л). До поступления в клинику безуспешно лечилась препаратами —холестирамин и никотиновой кислотой, соблюдая диету.</p> <p>ВОПРОСЫ: Какое исследование необходимо сделать больной для подтверждения диагноза? Какую диету соблюдала больная? Почему</p>	<p>Определить число рецепторов к ЛПНП на клетках больной (культуре фибробластов, тромбоцитах, лимфоцитах). Пограничное с патологией число – 70% от нормы. Гипохолестериновая диета – умеренное ограничение энергоценности, уменьшение легкоусвояемых углеводов, ограничение животных жиров (рекомендуют —тощеe мясо – телятину, цыплят, обезжиренные молоко и творог), яиц, увеличение растительных жиров, нежирной рыбы, овощей и фруктов, ограничение соли. Холестирамин – связывает в кишечнике желчные кислоты. Количество желчных кислот, возвращающихся из кишечника в печень, уменьшается, ↑ их синтез в печени из депо холестерина и ↑ число рецепторов на клетках печени к ЛПНП для ↑ захвата</p>	<p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19 Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>

<p>использованные препараты не принесли лечебного эффекта? Каков прогноз для данной больной? Будет ли эффективным назначение препаратов, ингибирующих ферменты, синтезирующие в клетке холестерин (например, ловастатин – блокирует активность ГМГ-КоА редуктазы)?</p>	<p>холестерина из крови → уровень холестерина в крови ↓. Препарат никотиновой кислоты – —ниацин↓, например, ↓ образование в печени ЛПНП и ↑ образование ЛПВП. Ингибиторы активности гидроксиметилглутарил-КоА-редуктазы – угнетают синтез холестерина в печени. Во всех ситуациях уменьшение холестерина в клетке – сигнал, определяющий число выпускаемых рецепторов для ЛПНП гепатоцитом. Клетки больше забирают холестерина из крови и его уровень падает. Но при гипохолестеринемии Па типа, гомозиготной форме, формируются нефункционирующие рецепторы, которые входят в мембрану, но не могут связать ЛПНП, т.к. потеряли сродство с ними. В этом случае, как бы мы не меняли содержание холестерина в гепатоците, блокируя его син- 67 тез, все равно будут формироваться нефункционирующие рецепторы и холестерин из крови ими связываться не будет. Без лечения – прогноз неблагоприятный. Как правило, такие больные рано погибают от инфаркта миокарда. В настоящее</p>	
--	---	--

		<p>время наиболее перспективное лечение для таких больных - иммуносорбция ЛП</p>	
3.	<p>Петров К., 30 лет, плотно пообедал, потребив при этом много жиров и углеводов, и прилег отдохнуть. Сидоров Н., 30 лет совершил 10-километровую пробежку и отправился в душевую.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Активация, какой из липаз будет происходить в организме каждого из них?</p> <p>2. Назовите виды гиперлипидемий, которые разовьются у этих субъектов (объясните механизм развития)</p> <p>3. Укажите возможные последствия гиперлипидемии.</p>	<p>1. У Петрова К. повысится активность липопротеидлипазы (фактор "просветления"), которая катализирует гидролиз триглицеридов ХМ, содержание которых повышается в крови после приема жирной пищи, до СЖК и глицерина. СЖК поглощаются клетками внепеченочных органов, в том числе, жировой тканью, где идет ресинтез ТГ из СЖК и депонирование жира. У Сидорова активируется гормончувствительная липаза (ГЧЛ), которая вызывает липолиз ТГ жировых депо, выход НЭЖК в кровь, используемых в качестве источника энергии при значительной физической нагрузке.</p> <p>2. У Петрова К. разовьется алиментарная ГЛ, для которой характерно повышение содержания в крови ХМ – переносчиков экзогенных ТГ к местам утилизации и депонирования. У Сидорова разовьется транспортная ГЛ, являющаяся результатом усиления липолиза ТГ гормоночувствительной липазой.</p>	<p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии</p> <p>[Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>

		<p>Значительная физическая нагрузка – это стресс. Происходит выброс адреналина, глюкокортикоидов, которые активируют ГЧЛ. 3. Последствия гиперлипидемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Жировая инфильтрация печени; • Ожирение (алиментарное); • Атеросклероз. 	
4.	<p>Больная Н., 52 лет, врач гастроэнтеролог, часто проводит эндоскопические исследования. Последнее время стала отмечать у себя ноющие боли в левой части эпигастриальной области, иррадиирующие в область мечевидного отростка и левую половину грудной клетки. Думала, что боли обусловлены стенокардией, принимала валидол, но боли не проходили. Обратила внимание на то, что боли возникают через 30 мин – 1 час после еды, появилась отрыжка горечью, метеоризм. Стул неустойчивый – чаще поносы. Спит плохо, работоспособность понизилась. Быстро устает, стала раздражительной, настроение плохое, иногда состояние депрессии. Данные объективного исследования: телосложение правильное, нормостеническое, подкожно-жировой слой в пределах нормы. Язык обложен белым налетом, сосочки сглажены. Из рта неприятный запах, при пальпации – болезненность в эпигастриальной области слева от средней линии. АД–140/80, ЧСС–70/мин, частота дыхания–16, Нв–115 г/л, Л–8x10⁹ /л. Анализ мочи и кала без отклонений от нормы. Базальная и стимулированная секреция желудочного сока резко снижены. Проба на наличие уреазы в желудочном соке положительная. Протеолитическая активность желудочного сока повышена.</p>	<p>Язвенная болезнь кардиальной части желудка (симптом ниши). Возможные патогенетические механизмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – геликобактериоз (наличие в желудочном соке уреазы, неприятный запах изо рта может быть обусловлен выделением аммиака, метеоризм – избыточным образованием под влиянием НР углекислого газа); – нарушение состава слизи (уменьшение в желудочном соке сиаловых кислот – фруктозы и NANA является маркером состояния слизи); – нарушение нейро-эндокринной регуляции (неврологическая симптоматика); – увеличение протеолитической активности желудочного сока несмотря на гипоацидное состояние. Следует обратить внимание на особенности болевого 	<p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии</p> <p>[Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.ru/index.php?id=19</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. -</p>

	<p>Содержание фукозы и N-ацетилнейраминовой кислоты (NANA) в желудочном соке снижено. Рентгенологически выявляется симптом «ниши» в области верхней части кардиального отдела желудка.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сделайте заключение о характере основного заболевания у пациента, обоснуйте его. 2. Объясните возможный патогенез заболевания и механизм клинических симптомов. 3. Укажите принципы патогенетической терапии. 4. Какие осложнения могут развиться при этом заболевании? 	<p>синдрома (ранние при язвах в кардиальной части желудка в отличие от поздних при пилорических и дуоденальных язвах, особенности иррадиации. Отрыжка горечью может быть признаком наличия у больного дуоденогастрального рефлюкса. Понос – следствие гипосекреции желудочного сока. Проведение эндоскопий – фактор риска для заражения НР. Сглаженность сосочков обычно характерна для атрофического гастрита с пониженной секрецией в отличие от их гипертрофии при повышенной желудочной секреции. Возможные осложнения ЯБ: рак желудка (особенно при ахилии), кровотечение, прободение, пенетрация.</p>	<p>ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
<p>5.</p>	<p>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</p>	<p>Печеночная (паренхиматозная) желтуха у больной с вирусным гепатитом типа «В» средней тяжести. 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</p>	<p>Ситуационные задачи для самоподготовки студентов по патофизиологии [Текст] : метод. разработки / под ред. Г. В. Порядина ; М-во здравоохранения РФ ; ГОУ ВУНМЦ по непрерывному мед. и фарм. образованию. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 193 с. – 39-60. URL http://lib.volgmed.r</p>

<p>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 10¹² /л, Л – 4,7 x 10⁹ /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.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид желтухи у больной? Возможные причины её развития? 2. Дайте обоснование Вашего заключения. 3. Объясните механизм симптомов и изменений лабораторных показателей. 4. Какие синдромы выявляются у больной? 5. Какие изменения можно обнаружить у больной в моче? 	<p>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). 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</p>	<p>u/index.php?id=19 Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
--	--	---

	<p>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. У больной выявляются синдромы: желтуха, холестаз (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. 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</p>	
--	---	--

		натяжение жидкости.	
--	--	---------------------	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Функции каких факторов свертывающей системы характеризует тромбиновое время?	Тромбиновое время характеризует качественные и количественные аспекты функции фибриногена плазмы, а также подвержено влиянию ингибиторов. Эффективность развития III фазы свертывания контролирует тест.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др. Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр 18-19
2.	Оценка ретракции кровяного сгустка	Ретракция-это тест на сохранность тромбоцитарного звена гемостаза. Ретракция нарушается при снижении числа тромбоцитов или при дефектности их цитоскелета и энергетического обмена.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр. 19.
3.	Что оценивают с помощью активированного частичного тромбопластинового времени?	Активированное частично тромбопластиновое время-критерий эффективности внутреннего пути коагуляции	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр. 18
4.	В каких ситуациях увеличивается время свертывания крови по Ли-Уайту?	Увеличение показателя более 10 минут (норма 5-8 мин.) имеет место при возрастании количества циркулирующих антикоагулянтов, гипофибриногемии, вторичных дефицитах факторов свертывания.	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы клинической патофизиологии. Часть 2, стр. 16
5.	Какие факторы оцениваются при определении протромбинового времени?	Активность пяти факторов коагуляции оценивается протромбиновым временем: V, VII, X,	Рогова Л.Н., Губанова Е.И., Замечник Т.В. и др.Избранные вопросы

	протромбин фибриноген	и	клинической патофизиологии. Часть 2, стр. 17
--	--------------------------	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	1 – приемами выявления основного и ведущего звеньев в патогенезе патологических процессов, реакций, состояний, болезней, синдромов и симптомов;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ГИПОВИТАМИНОЗ А,Д,Е,К РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НАРУШЕНИИ: 1. Белковосинтетической функции печени 2. Желчевыделения	3. Желчевыведения	Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 20, 1 (2) Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.- профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. :

			ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
2.	<p>РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</p> <p>СЛЕДСТВИЕ:</p> <p>1.Нарушения образования мочевины в орнитиновом цикле</p> <p>2.Нарушения белковосинтетической функции печени</p>	<p>2.Нарушения белковосинтетической функции печени</p>	<p>Тестовые задания по дисциплине«Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017,Часть 11, модуль 20, 2 (2)</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.)</p>
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Назовите срочные кальцийзависимые адаптационные механизмы при сердечной недостаточности:</p> <p>А. <u>Рефлекс Бейнбриджа</u></p> <p>Б. <u>Симптоадреналовое регулирование ритма сердца</u></p> <p>В. Отек легких</p> <p>С. Гипергликемия</p>	<p>А. <u>Рефлекс Бейнбриджа</u></p> <p>Б. <u>Симптоадреналовое регулирование ритма сердца</u></p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. – 5-е изд. , перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – Т. 1. – 624 с. : ил. – 624 с. – ISBN 978-5-9704-5567-8. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.html
2.	<p>Перечислите кальцийнезависимые срочные адаптационные механизмы при сердечной недостаточности:</p> <p><u>А. Гетерометрический механизм</u></p> <p><u>Б. Гомеометрический механизм</u></p> <p>В. Дыхание Чейн-Стокса</p> <p>С. Тахикардия</p>	<p><u>А. Гетерометрический механизм</u></p> <p><u>Б. Гомеометрический механизм</u></p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – Т. 1. – 624 с. : ил. – 624 с. – ISBN 978-5-9704-5567-8. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.html</p>
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ГИБЕЛИ КЛЕТОК:</p> <p>Гипоксия, ишемия, лактоацидоз, анаэробный гликолиз, дефицит АТ</p>	<p>Ишемия-гипоксия-дефицит АТФ, лактоацидоз, анаэробный гликолиз,</p>	<p>Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – Т. 1. – 624 с. : ил. – 624 с. – ISBN 978-5-9704-5567-8. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Больная 30 лет, геолог, по поводу малярии лечилась хинином. На 2ой день приема хинина почувствовала сильную слабость, резкий озноб, боль в правом подреберье. Появилась темно-красная моча.</p> <p>Объективно: температура 38,6°C, выраженная желтуха. В крови : Hb 73 г/л, креатинин 0,01 г/л. Суточный диурез 300 мл. моча темно-бурого цвета (почти черного цвета), кислой реакции, относительная плотность 1027, белок 60 г/л. Реакция на кровь с бензидином резко положительная, реакция на уробилиновые тела положительная. В осадке: много эпителия (преобладает малый круглый), лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, цилиндры гиалиновые, единичные в препарате.</p> <p>ВОПРОС: О какой патологии можно думать? Механизм ее развития.</p>	<p>У пациентки выраженная гипоурия, что является одним из ключевых симптомов острой почечной недостаточности. Кроме того, у нее желтуха, анемия, темно-бурый цвет мочи, реакция на кровь с бензидином, реакция на уробилиновые тела показывают, что ОПН развивается на фоне интенсивного гемолиза.</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 39, 65. Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
2.	<p>Больной, 31 год, биолог, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, одышку, сердцебиение, отек лица, туловища, конечностей, увеличение живота, уменьшение количества выделяемой мочи. В 26 летнем возрасте перенес острый нефрит после сильного переохлаждения. В дальнейшем оставалась небольшая протеинурия (0,06-0,1 г/л), микрогематурия. За месяц до поступления перенес грипп, после чего появились и стали нарастать отеки, одышка.</p> <p>Объективно при поступлении:</p>	<p>Отеки, асцит, гипопропротеинемия, протеинурия, дислипидемия позволяет сделать заключение о нефротическом синдроме, развившемся на основе нефрита.</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 38, 65. Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия",</p>

	<p>состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, анасарка, асцит, гидроторакс. Границы сердца расширены влево и вправо. АД 130/100 мм рт.ст. в крови общий белок 53 г/л, холестерин 6,9 г/л, В-липопротеиды – 14 г/л, креатинин 0,012 г/л. Суточная протеинурия 7,2 г. В осадке: умеренное количество эпителия (преобладает малый круглый), л. 25-30 в поле зрения, эр. Единичные в препарате, цилиндры зернистые гиалиновые, восковидные 3-4 в поле зрения.</p> <p>ВОПРОС: О какой патологии можно подумать? Назовите механизмы формирования этой патологии.</p>		<p>060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
<p>3.</p>	<p>Больной 28 лет, электрик. Поступил с жалобами на резкую слабость, отек лица, голеней, головную боль, одышку. Эти жалобы появились внезапно через неделю после перенесенной ангины, одновременно резко уменьшилось количество выделяемой мочи, которая имела вид мясных помоев.</p> <p>При обследовании: кожные покровы бледные, отеки лица, голеней. АД 140/100 мм рт. ст. содержание в сыворотке крови креатинина 0,008 г/л, холестерина 1,8 г/л. Общего белка 72 г/л. Суточной количество мочи 300 мл. моча красно-бурого цвета, мутная, относительная плотность 1028. реакция резко кислая, белок 4 г/л. В осадке: умеренной количество эпителия, большей частью измененные, цилиндры гиалиновые, единичные, не в каждом поле зрения.</p> <p>ВОПРОС: О какой патологии можно думать? Как называется синдром, развившийся у пациента?</p>	<p>Острое начало, умеренная гипертензия, моча цвета мясных помоев, протеинурия, в крови – азотемия, гипертензия – доказательная база нефротического синдрома.</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 38, 65. Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>

<p>4.</p>	<p>У пациента 36 лет после перенесенной ангины появилась гипертензия, АД 160/100, отеки перорбитальной области. В сыворотке крови остаточный азот 50 мг.</p> <p>Общий анализ мочи: Диурез-800 мл Плотность-1023 Белок —+++ Глюкоза-Нет КТ-Нет Эритроциты 40-50 в поле зрения, единичные гиалиновые и эритроцитарные цилиндры Дополнительные данные АД 160/10 мм рт столба Остаточный азот крови-50 мг% Высокое содержание антистрептолизина в плазме крови-</p> <p>ВОПРОС:</p> <p>Определите изменения в анализах мочи, назовите возможные причины их возникновения и механизмы развития. Сформулируйте общее заключение по анализу.</p>	<p>Олигурия Протеинурия Гематурия Цилиндрурия Артериальная гипертензия Азотемия Гиперстенурия У пациента нефритический синдром, повреждение клубочков</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник смтуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 38, 64.</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
<p>5.</p>	<p>Пострадавший А доставлен в клинику через 5 ч. после дорожно-транспортного происшествия. Врач «Скорой помощи» обнаружил множественные переломы рёбер, ушибы мягких тканей таза и нижних конечностей с образованием обширных гематом. На момент поступления: спутанность сознания, бледность кожных покровов, нитевидный пульс, АД 60/20 мм рт.ст., периодический характер дыхания. Через сутки после проведения интенсивной плазмозамещающей терапии (влито 3 л полиглюкина и реополиглюкина) и переливания 0,5 л крови АД поднялось до 110/60 мм рт.ст. На</p>	<p>1. Острая почечная недостаточность вследствие травматического шока и окклюзии почечных канальцев миоглобином (миоглобиновый нефроз).</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник смтуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 37, 64.</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65</p>

<p>протяжении первых суток диурез отсутствовал. В последующие трое суток состояние продолжало оставаться тяжёлым. Пациент жаловался на сильную головную боль, головокружение, отмечалась частая, неукротимая рвота, общая заторможенность, наблюдались кратковременные судороги, развитие отёка подкожной клетчатки, брадикардия, эпизодическая экстрасистолия. Диурез не превышал 150–250 мл в сутки, АД 160/90 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 90 мг%, гиперкалиемия, гипермагниемия, гипонатриемия и гипохлоремия, рН 7,30; анализ мочи: удельный вес составлял 1,040, незначительная протеинурия и цилиндрурия, единичные лейкоциты в поле зрения, миоглобинурия.</p> <p>На 5–7-е сутки у больного зарегистрировано резкое возрастание диуреза (до 2500 мл/сут), улучшение общего состояния (прекратились рвота, судороги, головные боли), уменьшилась выраженность отёков. Анализ мочи: удельный вес 1,010–1,012, умеренная протеинурия, большое количество зернистых цилиндров.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Какой почечный синдром развился у пациента и каковы его причины? после травмы?</p>		<p>"Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Определение понятия сахарный диабет	СД-это гипергликемия с абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 1. - 624 с. : ил. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5567-8.

			- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.html
2.	Определение понятия патологической глюкозурии	Глюкозурия-это потеря глюкозы с мочой при гипергликемии более 10 ммоль/л	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 1. - 624 с. : ил. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5567-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.html
3.	Определение понятия гипоксия	Гипоксия-кислородное голодание тканей.	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 1. - 624 с. : ил. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5567-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.html

			ibrary.ru/book/ISBN 9785970455678.htm 1
4.	Опишите характер дыхания Чейн-Стокса	Периодические остановки дыхания сопровождаются дальнейшим нарастанием амплитуды и последующей остановкой дыхания	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 1. - 624 с. : ил. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5567-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.htm 1
5.	Перечислите заболевания сопровождающиеся дыханием Чейн-Стокса	Нейроинфекции, травма ЦНС, атеросклероз сосудов головного мозга	Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник : в 2 т. / П. Ф. Литвицкий. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 1. - 624 с. : ил. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5567-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455678.htm 1

Результаты освоения ОП	Результаты обучения по дисциплине
------------------------	-----------------------------------

(компетенции)	
	Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	2. методами поиска этиотропной, симптоматической, патогенетической терапии;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ИНТЕНСИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИРОВАННЫХ КАРДИОМИОЦИТОВ В ФАЗЕ УСТОЙЧИВОЙ КОМПЕНСАЦИИ: 1) предельно увеличивается 2) снижается до нормы 3) прогрессивно падает	2) снижается до нормы	Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 15 , 1(2)
2.	СИНДРОМЫ ХОЛЕМИИ И АХОЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ: 1.Холестаза 2.Гемолиза эритроцитов	1.Холестаза	Тестовые задания по дисциплине«Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017,Часть 11, модуль 20, 3 (1)
Выберите несколько правильных ответов			
1.	НА КАКОМ УРОВНЕ ПРОИСХОДИТ НЕСБАЛАНСИРОВАННЫЙ РОСТ ПРИ КОМПЕНСАТОРНОЙ ГИПЕРТРОФИИ СЕРДЦА: _А. на тканевом Б. органном В. клеточном С.субклеточном Д.молекулярном	Несбалансированный рост при СН происходит при компенсаторной гипертрофии на: А. тканевом,Б..органном, В.клеточном, С. субклеточном и Д. молекулярном уровнях	Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017,Часть 11, модуль 15 , 1(2)
2.	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ АЗОТИСТЫЙ БААЛАНС ВЫЯВЛЯЕТСЯ: 1. При беременности 2. При голодании	2.При голодании 4.При стрессе 5.При сахарном диабете	Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая

	3. При гиперпродукции СТГ 4. При стрессе 5. При сахарном диабете		патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль патофизиология нарушений нуклеинового и белкового обменов, 28 (2,4,5)
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ: Гиперосмолярность, гиповолемия, альдостерон, антидиуретический гормон	Гиповолемия, альдостерон, гиперосмолярность, антидиуретический гормон	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пострадавший А доставлен в клинику через 5 ч. после дорожно-транспортного происшествия. Врач «Скорой помощи» обнаружил множественные переломы рёбер, ушибы мягких тканей таза и нижних конечностей с образованием обширных гематом. На момент поступления: спутанность сознания, бледность кожных покровов, нитевидный пульс, АД 60/20 мм рт.ст., периодический характер дыхания. Через сутки после проведения интенсивной плазмозамещающей терапии (влило 3 л полюглюкина и реополиглюкина) и переливания 0,5 л крови АД поднялось до 110/60 мм рт.ст. На протяжении первых суток диурез отсутствовал. В последующие трое суток состояние продолжало оставаться тяжёлым. Пациент жаловался на сильную головную боль, головокружение, отмечалась частая, неукротимая рвота, общая заторможенность, наблюдались кратковременные судороги, развитие	Низкое давление в почечных клубочках (при АД ниже 70 мм рт.ст. почечный кровоток снижается на 90% и более); увеличение секреции Na^+ в канальцах (в результате изменения положения Na^+, K^+ -АТФазы с базолатеральной позиции на «канальцевое» положение). Следствие этого – увеличение выделение ренина в кровь и последующий спазм почечных сосудов. Повышение уровня ренина обусловлено также снижением АД в артериолах почек. 3. Ишемия почек, вызванная шоком, а также обтурация	Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волг4град, 2012, с. 37, 64.

	<p>отёка подкожной клетчатки, брадикардия, эпизодическая экстрасистолия. Диурез не превышал 150–250 мл в сутки, АД 160/90 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 90 мг%, гиперкалиемия, гипермагниемия, гипонатриемия и гипохлоремия, рН 7,30; анализ мочи: удельный вес составлял 1,040, незначительная протеинурия и цилиндрурия, единичные лейкоциты в поле зрения, миоглобинурия. На 5–7-е сутки у больного зарегистрировано резкое возрастание диуреза (до 2500 мл/сут), улучшение общего состояния (прекратились рвота, судороги, головные боли), уменьшилась выраженность отёков. Анализ мочи: удельный вес 1,010–1,012, умеренная протеинурия, большое количество зернистых цилиндров.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каковы причины анурии в период шока до восстановления АД? 2. Почему не произошло восстановления диуреза после проведения интенсивной трансфузионной терапии? 	<p>миоглобином канальцев привела к отслоению эпителия и закупорке канальцев. Следствием этого явилось увеличение давления в интерстиции и дальнейшая окклюзия канальцев. Кроме того, увеличение давления жидкости в канальцах уменьшило скорость фильтрации. В совокупности это препятствует нормализации диуреза.</p>	
2.	<p>На диспансерном учёте у эндокринолога – две женщины (мать в возрасте 50 лет [М.], дочь в возрасте 26 лет [Д.]). У обеих щитовидная железа увеличена до степени 2–3, клиническая картина тиреотоксикоза. На основании клинических и лабораторных исследований обеим больным был поставлен диагноз «Диффузный токсический зоб». Больная Д. после проведённого лечения отметила улучшение самочувствия. При повторном осмотре эндокринолога после проведённой терапии тиреостатическими препаратами через 8 мес М. предъявила жалобы, которые не отмечала ранее: вялость, медлительность, сонливость днём и нарушение ночного сна, ухудшение памяти, снижение работоспособности, появление</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дифференциальный диагноз следует проводить с острым или подострым тиреодитом. 2. Общим является участие иммунопатологических механизмов. Так, при тиреодите <i>Хасимото</i> в крови обнаруживаются АТ к тиреоглобулину, микросомальному Аг, рецептору ТТГ; образуются иммунные комплексы, которые вызывают деструктивные изменения в тиреоцитах. Следствием этого сначала (за счёт 	<p>Е.И. Губанова, Л.Н. Рогова, И.А. Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 35-36, 63.</p>

	<p>отёчности лица и конечностей, зябкость, низкую температуру тела. М. отметила появление указанных симптомов после перенесённой вирусной инфекции. Врач заподозрил тиреодит <i>Хасимото</i> и изменил лекарственную терапию, назначив больной М. ЛС другой группы.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. С какими клиническими формами нарушений функции щитовидной железы следует проводить дифференциальный диагноз?</p> <p>2. Имеются ли общие механизмы в развитии диффузного токсического зоба и тиреодита <i>Хасимото</i>?</p>	<p>большого поступления в кровь йодсодержащих гормонов) может быть тиреотоксикоз, а по мере нарастания деструкции и инфильтрации лимфоцитами фолликулов щитовидной железы гиперфункция переходит в гипofункцию с характерной для неё клинической картиной.</p>	
3.	<p>Мужчина К. 32 лет, в прошлом спортсмен-боксер высокого класса в тяжёлом весе, обратился к врачу с жалобами на быстро нарастающий вес тела (за 6 мес прибавил 7 кг), мышечную слабость, появление «синяков» на коже после несильных ударов, головокружение, головную боль (чаще в области затылка), периодически – мелькание «мушек» и «спиралей» перед глазами; повышенную жажду (за сутки выпивает 5–6 л жидкости), частое обильное мочеиспускание.</p> <p>При осмотре: пациент гиперстенического телосложения, с избытком жировых отложений на лице (<i>лунообразное</i> лицо), шею (<i>бизоний</i> горб), над ключицами; на животе – пурпурные полосы; избыточное оволосение на груди и спине; большое число «синяков» различного цвета на ногах и руках. АД 185/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 130 г/л, эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $10 \cdot 10^9/л$, нейтрофилия, относительная лимфопения, отсутствие эозинофилов; СОЭ 5 мм/час; ГПК 210 мг%; гипернатриемия. Анализ мочи: диурез 4000 мл/сутки, относительная плотность 1,035, глюкозурия, белка и КТ не обнаружено, повышено содержание свободного кортизола.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Если форм эндокринопатий</p>	<p>У больного парциальная гиперфункция передней доли гипофиза и вторичная гиперфункция коркового слоя надпочечников.</p> <p>2. Первоначально развилась гиперфункция аденогипофиза (в результате её гипертрофии или роста опухоли). В связи с увеличением содержания в крови АКТГ повысилась продукция минерало- и глюкокортикоидов корой надпочечников.</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н. Рогова, И.А. Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 35, 62.</p>

	несколько, то какая из них является первичной? Какова её причина и механизмы развития?		
4.	<p>Девушка 18 лет, больная СД I типа обратилась к участковому врачу в связи с ухудшением самочувствия и потерей веса. Ее постоянно мучила жажда и полиурия. В моче был обнаружен сахар. Ей была рекомендована госпитализация на следующий день. Однако вечером у нее развилась слабость, тошнота, вялость. Ее госпитализировали по скорой помощи. При поступлении в клинику давление было 95/60 mm Hg, пульс 112/мин, холодные конечности. У нее развилось глубокое ускоренное дыхание (дыхание Кусмауля), изо рта шел запах ацетона.</p> <p>Лабораторный анализ: норма сыворотка: натрий 130ммоль/л (135-145) калий – 5,8 ммоль/л (3,5-5,0) бикарбонаты – 5 ммоль/л (22-26) мочевина – 18 ммоль/л (2,5-3,8) креатинин- 140мкмоль/л (44-97) глюкоза- 32 ммоль/л (3,8-6,1) артериальная кровь: рН 7,05 (7,35-7,45) рСО₂. 15ММНг (35-45)</p> <p>ВОПРОС: Назовите механизм развития гиповолемии, ацидоза, гипонатриемии, гиперкалиемии у пациентки с сахарным диабетом и кетоацидозом</p>	<p>У больной гипотония, тахикардия и холодная цианотичная кожа на конечностях свидетельствуют о гиповолемии (гипонатриемии). Низкий уровень бикарбонатов и снижение рН при одновременной гипервентиляции и уменьшении рСО₂ указывают на метаболический ацидоз с частичной дыхательной компенсацией. Имеют место нарушения функции почек (высокий уровень мочевины и креатинина). Непропорциональное повышение мочевины по сравнению с креатинином типично для дегидратации в сочетании с повышенным образованием мочевины из-за ускоренного потребления аминокислот. Гиперкалиемия характерна для кетоацидоза, является результатом комбинации снижения почечной экскреции и перемещения ионов К⁺ из клетки во внеклеточное пространство в обмен на компенсаторно утилизируемые ионы</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 34-35, 62</p>

		<p>водорода. Тем не менее, несмотря на гиперкалиемию, в организме может возникнуть дефицит калия из-за его потери клетками. Инсулин в этой ситуации стимулирует потребление К клетками и нормализует содержание К в плазме. Концентрация Na в плазме обычно снижается из-за осмотического выхода воды из внутриклеточного пространства.</p>	
5.	<p>Молодой человек, больной СД I типа, проходил диспансеризацию. По его словам за последнее время он хорошо себя чувствовал и не имел никаких клинических признаков сахарного диабета. Он не контролировал дома ни уровень глюкозурии, ни гликемии.</p> <p>Лабораторный анализ: Референтный диапазон Глюкоза в крови (через 2 ч после завтрака) 18 ммоль/л 7,8-11,1 Глюкоза в моче (утренняя проба) 2 % отрицат. Н_БА 6,5 % 5,0-8,0 %</p> <p>ВОПРОС: Какие изменения в самочувствии пациента и лабораторных показателей не соответствуют друг другу?</p>	<p>Уровень Н_БА свидетельствует, что уровень глюкозы в крови на протяжении последнего периода хорошо контролировалась. Высокий уровень гликемии и глюкозурии скорее всего свидетельствует о транзиторном характере их изменений. При подробном расспросе выяснилось, что больной специально накануне съел много сахара, чтобы проверить эффективность лабораторного исследования.</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 34, 61</p>

Вопросы с развернутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите виды гипохромных анемий	Железодефицитная, порфиринодефицитная, хроническая постгеморрагическая анемия, талассемия	И.А. Фастова, Л.Н. Рогова, Е.И. Губанова Патология крови. Учебное пособие.

			2014, Стр. 15, 19
2.	Что такое цитокины и какова их биологическая роль	<i>Цитокины</i> -вещества белковой и полипептидной природы, чья биологическая активность осуществляется через специфические рецепторы.	Л.Н.Рогова, И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020, с. 153.
3.	Эйкозаноиды, их биологические эффекты	Эйкозаноиды- простагландины, тромбоксаны, лейкотриены, эпоксиды. Биологические эффекты- бронхоконстрикция, повышение проницаемости мембран, адгезия агрегация и дегрануляция лейкоцитов, микротромбозы, регуляция сосудистого тонуса.	Л.Н.Рогова, И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020, с. 153.
4.	Регенераторная способность костного мозга оценивается:	по числу ретикулоцитов в периферической крови	Л.Н.Рогова, И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020, с. 13.
5.	Форма эритроцитов оценивается:	Оценивается по индексу сферичности, определяемому соотношением	Л.Н.Рогова, И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая

	толщины эритроцита к его диаметру. Чем выше индекс сферичности, тем шарообразнее эритроцит, тем ниже его осмотическая резистентность	патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020, с. 14.
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	3. определения роли индивидуальной реактивности и резистентности в патологии;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КАТЕХОЛАМИНАМ ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:</p> <p>1) уменьшается 2) увеличивается</p>	К 1) уменьшается	<p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, с.84, вопрос 6 (1)</p> <p>Порядина, Г. В. Патофизиология : курс лекций : учебное пособие / под ред. Г. В. Порядина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-6552-3. - Текст : электронный //</p>

			ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465523.htm 1
2.	<p>ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>1.увеличение в крови конъюгированного билирубина, желчных кислот и холестерина</p> <p>2.увеличение в моче уробилиногена, в кале стеркобилина, в крови неконъюгированного билирубина</p>	2.увеличение в моче уробилиногена, в кале стеркобилина, в крови неконъюгированного билирубина	Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 20, 7 (2)
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>ИЗБЫТОЧНОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА В ОРГАНИЗМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1.Жаждой</p> <p>2.Положительным азотистым балансом</p> <p>3.Повышенным содержанием белка в крови</p> <p>4.Диспептическими расстройствами</p> <p>5.Дисбактериозом кишечника с аутоинтоксикацией</p> <p>6.отвращением к пище, богатой белком</p>	<p>2.Положительным азотистым балансом</p> <p>3.Повышенным содержанием белка в крови</p> <p>4.Диспептическими расстройствами</p> <p>5.Дисбактериозом кишечника с аутоинтоксикацией</p> <p>6.отвращением к пище, богатой белком</p>	Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, с. 73-74, вопрос 37 (2,3,4,5,6)
2.	<p>ОБЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕДОСТАТКА ЛЮБОЙ НЕЗАМЕНИМОЙ АМИНОКИСЛОТЫ:</p> <p>1. нулевой азотистый баланс</p> <p>2. отрицательный азотистый баланс</p>	<p>2. отрицательный азотистый баланс</p> <p>3.замедление роста и развития у детей</p> <p>4.снижение регенераторной активности органов и тканей</p>	Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, с. 74, вопрос 38

	<p>3. замедление роста и развития у детей</p> <p>4. снижение регенераторной активности органов и тканей</p> <p>5. уменьшение массы тела</p> <p>6. 6.снижение аппетита и усвоения белка пищи</p>	<p>5.уменьшение массы тела</p> <p>6.снижение аппетита и усвоения белка пищи</p>	<p>(2,3,4,5), Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Установите последовательность:СД-95, ВАХ-протеин, каспазы, сигнальные молекулы,Р53, апоптоз	Сигнальные молекулы, Р53, ВАХ ,СД-95, каспазы, апоптоз	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Мужчина К. 32 лет, в прошлом спортсмен-боксер высокого класса в тяжёлом весе, обратился к врачу с жалобами на быстро нарастающий вес тела (за 6 мес прибавил 7 кг), мышечную слабость, появление «синяков» на коже после несильных ударов, головокружение, головную боль (чаще в области затылка), периодически – мелькание «мушек» и «спиралей» перед глазами; повышенную жажду (за сутки выпивает 5–6 л жидкости), частое обильное мочеиспускание.</p> <p>При осмотре: пациент гиперстенического телосложения, с избытком жировых отложений на лице (<i>лунообразное</i> лицо), шею (<i>бизоний</i> горб), над ключицами; на животе – пурпурные полосы; избыточное оволосение на груди и спине; большое число «синяков» различного цвета на ногах и руках. АД 185/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 130 г/л, эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $10 \cdot 10^9/л$, нейтрофилия, относительная лимфопения, отсутствие эозинофилов; СОЭ 5 мм/час; ГПК 210 мг%; гипернатриемия. Анализ мочи: диурез 4000 мл/сутки, относительная плотность 1,035, глюкозурия, белка и КТ не обнаружено, повышено содержание свободного кортизола.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Каковы механизмы развития каждого из симптомов, имеющих у пациента?</p>	<p>1. Артериальная гипертензия и гипернатриемия является следствием повышенной активности клубочковой зоны (гиперпродукция альдостерона); гипергликемия – результат усиления процесса гликолизогенеза в связи с повышением выработки и высвобождения глюкокортикоидов пучковой зоной коры надпочечников.</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 35, 62. Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
2.	<p>Девушка 18 лет больна сахарным диабетом 1-ого типа. Обратилась к врачу с жалобами на ухудшение самочувствия и потерю веса. Ее постоянно мучила жажда и полиурия. В моче был обнаружен сахар. Ей была рекомендована госпитализация на следующий день. Однако вечером у нее развилась слабость, тошнота, вялость. Ее госпитализировали по скорой помощи. При поступлении в клинику давление было 95/60 мм Hg,</p>	<p>Клинические и лабораторные признаки свидетельствуют о развитии диабетического кетоацидоза. У больной гипотония, тахикардия и холодная цианотичная кожа на конечностях свидетельствуют о гиповолемии</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова / Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 34, 62. Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч.</p>

<p>пульс 112/мин, холодные конечности. У нее развилось глубокое ускоренное дыхание (дыхание Кусмауля), изо рта шел запах ацетона.</p> <p>Лабораторный анализ: норма сыворотка: натрий 130ммоль/л (135-145) калий 5,8 ммоль/л (3,5-5,0) бикарбонаты 5 ммоль/л (22-26) мочевина 18 ммоль/л (2,5-3,8) креатинин 140мкмоль/л (44-97) глюкоза 32 ммоль/л (3,8-6,1) артериальная кровь: рН 7,05 (7,35-7,45) рСО₂. 15ММНг (35-45)</p> <p>ВОПРОС: Какое осложнение сахарного диабета развилось у пациентки? Назовите механизм его развития.</p>	<p>(гипонатриемии). Низкий уровень бикарбонатов и снижение рН при одновременной гипервентиляции и уменьшении рСО₂ указывают на метаболический ацидоз с частичной дыхательной компенсацией. Имеют место нарушения функции почек (высокий уровень мочевины и креатинина). Непропорциональное повышение мочевины по сравнению с креатинином типично для дегидратации в сочетании с повышенным образованием мочевины из-за ускоренного потребления аминокислот. Гиперкалиемия характерна для кетоацидоза, является результатом комбинации снижения почечной экскреции и перемещения ионов К⁺ из клетки во внеклеточное пространство в обмен на компенсаторно утилизируемые клетками ионы водорода. Тем не менее, несмотря на гиперкалиемию, в организме может возникнуть дефицит калия из-за его потери клетками. Инсулин в этой ситуации стимулирует потребление К</p>	<p>дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
--	---	---

		<p>клетками и нормализует содержание К в плазме. Концентрация Na в плазме обычно снижается из-за осмотического выхода воды из внутриклеточного пространства. Наличие кетоза можно достаточно надежно обнаружить в моче с помощью диагностических тест-полосок. В настоящее время выпускаются комбинированные полоски на определение глюкозы, кетоновых тел, относительной плотности мочи.</p>	
3.	<p>Пациент К. 48 лет в течение 5 лет болен хроническим диффузным гломерулонефритом. В последние недели появились ноющие боли в сердце, сердцебиение, выраженные отёки, особенно нижних конечностей при ходьбе. Анализ мочи: суточный диурез 1100 мл, плотность 1,042, белок 3,3%. Микроскопия осадка мочи: зернистые и восковидные цилиндры в большом количестве. АД 170/95 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 70 мг%, общий белок 4,8 г%, альбумины 1,5 г%, глобулины 2,8 г%, гиперлипидемия, гипернатриемия.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Имеются ли у больного признаки почечной недостаточности и уремии?</p>	<p>У больного имеются признаки почечной недостаточности и уремии: повышение уровня остаточного азота в крови, гипопроteinемия (в связи с протеинурией), гиперлипидемия, гипернатриемия, гиперстенурия.</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 36-37, 63-64</p>
4.	<p>30-летний мужчина консультировался у врача по поводу хронических болей в мышцах ног и рук и судорог при физической нагрузке. У него всегда были слабыми мышцы, поэтому он никогда не занимался спортом. Состояние не менялось до тех пор, пока он не решил укрепить мышцы,</p>	<p>В начальный период мышечной нагрузки всегда начинает интенсивно потребляться глюкоза, которая образуется из распадающегося гликогена. Однако, при судорогах,</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с.</p>

	<p>занимаясь спортом. При упорных физических упражнениях боли как правило проходили через 15–30 мин тренировки, и он мог дальше заниматься упражнениями. При лабораторном исследовании установлено, что при умеренной физической нагрузке уровень глюкозы в крови был нормальным, но повышенным была активность ММ фракции креатинкиназы (ММ-КК), что свидетельствует о повреждении мышц. При интенсивной мышечной работе уровень глюкозы в крови незначительно уменьшался, но при этом снижался и уровень лактата. Биопсия показала необычно высокое содержание гликогена в мышцах, что доказывает болезнь накопления гликогена.</p> <p>.1. Какие формы нарушения обмена могут при этом возникать и каковы механизмы их развития?</p>	<p>возникающих при кислородной задолженности, в результате активации гликолиза должно происходить образование пирувата и освобождение в кровь лактата. В этом же случае не было увеличения лактата, что доказывает нарушение мобилизации мышечного гликогена. Прекращение мышечных болей через 0,5ч после нагрузки объясняется физиологической реакцией, вызванной освобождающимся при нагрузке адреналином, который способствует поступлению в мышцы из крови глюкозы и жирных кислот, компенсирующих недостаточное поступление глюкозы из мышечного гликогена.</p>	<p>33, 61 Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
<p>5.</p>	<p>Пациент К. 45 лет в течение 5 лет болен хроническим диффузным гломерулонефритом. В последние недели появились ноющие боли в сердце, сердцебиение, выраженные отёки, особенно нижних конечностей при ходьбе. Анализ мочи: суточный диурез 1100 мл, плотность 1,042, белок 3,3%. Микроскопия осадка мочи: зернистые и восковидные цилиндры в большом количестве. АД 170/95 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 70 мг%, общий белок 4,8 г%, альбумины 1,5 г%, глобулины 2,8 г%, гиперлипидемия, гипернатриемия.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Какие формы нарушения липидного обмена могут при этом</p>	<p>1. Гиперлипидемия типа Па (гипербетапопротеинемия), Пв (гипербетапопротеинемия), IV (гиперпребетапопротеинемия) и V (гиперпребетапопротеинемия и гиперхиломикронемия). Повышенная секреция ЛПОНП гепатоцитами, замедленное разрушение ЛПОНП из-за снижения активности липопротеинлипазы, секреция печенью</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н. Рогова, И.А. Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 36-37, 62-63 Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по</p>

	<p>возникать и каковы механизмы их развития? 2. Каковы возможные последствия гиперлипидемии при условии её длительного существования?</p>	<p>ЛПНП, замедленное разрушение ЛПОНП и ЛПНП, повышенный синтез триглицеридов вследствие гиперлипидемии. 2. Длительная гиперлипопротеинемия сопровождается увеличением образования модифицированных ЛП и развитием атеросклеротического повреждения сосудов.</p>	<p>дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
--	---	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Особенности метаболизма углеводов при синдроме полиорганной недостаточности. Оценка степени выраженности реактивности</p>	<p>Повышается скорость продукции гепатоцитами глюкозы, усиление глюконеогенеза, толерантность клеток к инсулину</p> <p>Различают нормергическую, гипогергическую, анергическую, гипергическую и дисэргическую реактивность</p>	<p>И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020, с. 159</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа,</p>

			2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
2.	<p>Особенности метаболизма липидов при синдроме полиорганной недостаточности</p> <p>Сопоставьте механизмы возникновения некроза и апоптоза</p>	<p>Активация липолиза, снижении активности липопротеинлипазы, утилизации тканями триглицеридов, жирных кислот</p> <p>Различают апоптоз физиологический и патологический, некроз может быть только патологический.</p> <p>Апоптоз начинается с ядра, с сигнальных молекул, с активации генетической программы, некроз - с цитоплазмы. Апоптоз сопровождается синтезом РНК и белков, некроз - выбросом лизосомальных гидролаз</p>	<p>И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020, с. 159</p> <p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 845, [2] с. : ил., 1 л. цв. ил. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
3.	<p>Охарактеризуйте взаимосвязь между синдромом системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности</p>	<p>Синдром полиорганной недостаточности обычно является следствием тяжелой степени синдрома системного воспалительного ответа</p>	<p>И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия»,</p>

			Волгоград 2020,с. Стр 156
4.	Назовите маркеры выживаемости у пациентов с полиорганной недостаточностью	Это уровень артериального лактата, билирубина и креатинина сыворотки, а также значение коэффициента оксигенации	И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. 156
5.	Перечислите особенности белкового обмена при полиорганной недостаточности	Происходит перераспределение белков на глюконеогенез, синтез белков острофазного ответа, цитокины.	И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. 158

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	4. прогнозированием динамики наблюдаемых явлений, их исходов

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНА:	3. Гипогликемия	Тестовые задания по дисциплине

	<p>1. Гипогликемия 2. Гипергликемия</p>		<p>«Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 20, 4 (1) Литвицкий, П. Ф.Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5- 9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p>
2.	<p>ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ ВОЗНИКАЕТ 1.нарушение желчеобразования 2.нарушение желчевыведения 3. нарушение желчеобразования и желчевыведения</p>	<p>1.нарушение желчеобразования</p>	<p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, модуль 20, 5 (1) Литвицкий, П. Ф.Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5- 9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p>
	<p>Выберите несколько правильных ответов</p>		
1.	<p>ПЕРВИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА МЕТАБОЛИЗМА АМИНОКИСЛОТ: 1.Фенилкетонемия 2.Тирозинопатия</p>	<p>ПЕРВИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА МЕТАБОЛИЗМА АМИНОКИСЛОТ:</p>	<p>Тестовые задания по дисциплине «Патофизиология, клиническая</p>

	<p>3.Алкаптонурия 4.Кетоацидоз 5.Ацидемия изовалериановая 6.Лейциноз 7.гомоцистинурия</p>	<p>1.Фенилкетонемия 2.Тирозинопатия 3.Алкаптонурия 5.ацидемия изовалериановая 6. Лейциноз 7.гомоцистинурия</p>	<p>патофизиология» Волгоград, 2017, Часть 11, стр. 97. Литвицкий, П. Ф.Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5- 9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p>
2.	<p>ВИДЫ АЗОТИСТОГОБАЛАНСА: 1. Уравновешенный 2. Нулевой 3. Положительный 4. Неуравновешенный 5. отрицательный</p>	<p>2.Нулевой 3.Положительный 5.отрицательный</p>	<p>Тестовые задания по дисциплине»Патоф изиология, клиническая патофизиология» Волгоград, 2017,Часть 11, стр. 97 (26) Литвицкий, П. Ф.Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5- 9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p>
	<p>Установите последовательность/Сопоставьте понятия</p>		
1.	<p>УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ: 1. Ац-Со-А, сахарный диабет, кетоновые тела, липаза</p>	<p>Сахарный диабет, липаза, Ац-Со-А, кетоновые тела</p>	<p>Литвицкий, П. Ф.Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 864</p>

		с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm
--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Пострадавший А доставлен в клинику через 5 ч. после дорожно-транспортного происшествия. Врач «Скорой помощи» обнаружил множественные переломы рёбер, ушибы мягких тканей таза и нижних конечностей с образованием обширных гематом. На момент поступления: спутанность сознания, бледность кожных покровов, нитевидный пульс, АД 60/20 мм рт.ст., периодический характер дыхания. Через сутки после проведения интенсивной плазмозамещающей терапии (влило 3 л полиглюкина и реополиглюкина) и переливания 0,5 л крови АД поднялось до 110/60 мм рт.ст. На протяжении первых суток диурез отсутствовал. В последующие трое суток состояние продолжало оставаться тяжёлым. Пациент жаловался на сильную головную боль, головокружение, отмечалась частая, неукротимая рвота, общая заторможенность, наблюдались кратковременные судороги, развитие отёка подкожной клетчатки, брадикардия, эпизодическая экстрасистолия. Диурез не превышал 150–250 мл в сутки, АД 160/90 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 90 мг%, гиперкалиемия, гипермагниемия, гипонатриемия и гипохлоремия, рН 7,30; анализ мочи:</p>	<p>Сильная головная боль, головокружение, частая (неукротимая) рвота, общая заторможенность свидетельствуют о развитии отёка мозга вследствие нарушения выведения жидкости из организма. Отёку мозга также способствует повышенное АД, (гипертензия типична для отёка мозга в связи с увеличением внутричерепного давления). Увеличение остаточного азота в крови, гиперкалиемия и гипермагниемия являются следствием снижения скорости клубочковой фильтрации и нарушения канальцевой реабсорбции. Гипонатриемия и гипохлоремия обусловлены неукротимой рвотой, что должно было бы привести к развитию гипохлоремического алкалоза. Однако, вследствие</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 37, 64. Литвицкий, П. Ф. Патофизиология : учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p>

	<p>удельный вес составлял 1,040, незначительная протеинурия и цилиндрурия, единичные лейкоциты в поле зрения, миоглобинурия. На 5–7-е сутки у больного зарегистрировано резкое возрастание диуреза (до 2500 мл/сут), улучшение общего состояния (прекратились рвота, судороги, головные боли), уменьшилась выраженность отёков. Анализ мочи: удельный вес 1,010–1,012, умеренная протеинурия, большое количество зернистых цилиндров.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Каковы механизмы развития симптомов у пациента на 2–4-е сутки после травмы?</p>	<p>расстройства функций канальцев происходит нарушения ацидо- и аммионогенеза. Это и привело к выделительному ацидозу. Возрастание в последующем диуреза при сниженном удельном весе мочи свидетельствует о нарушении концентрационной способности почек (реабсорбции солей, белков и воды).</p>	
2.	<p>Пациент К. 48 лет в течение 5 лет болен хроническим диффузным гломерулонефритом. В последние недели появились ноющие боли в сердце, сердцебиение, выраженные отёки, особенно нижних конечностей при ходьбе. Анализ мочи: суточный диурез 1100 мл, плотность 1,042, белок 3,3%. Микроскопия осадка мочи: зернистые и восковидные цилиндры в большом количестве. АД 170/95 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 70 мг%, общий белок 4,8 г%, альбумины 1,5 г%, глобулины 2,8 г%, гиперлипидемия, гипернатриемия.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <p>1. О развитии каких форм патологии свидетельствуют имеющиеся у пациента симптомы?</p> <p>2. Какие формы нарушения липидного обмена могут при этом возникать и каковы механизмы их развития?</p> <p>3. Каковы возможные последствия гиперлипидемии при условии её длительного существования?</p> <p>4. Имеются ли у больного признаки почечной недостаточности и уремии?</p>	<p>Нефротический синдром, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, отёк, гиперлипидемия, гипопротеинемия.</p> <p>2. Гиперлипидемии типа Па (гипербетапопротеинемия), Пв (гипербетапопротеинемия), IV (гиперпребетапопротеинемия) и V (гиперпребетапопротеинемия и гиперхиломикронемия). Повышенная секреция ЛПОНП гепатоцитами, замедленное разрушение ЛПОНП из-за снижения активности липопротеинлипазы, секреция печенью ЛПНП, замедленное разрушение ЛПОНП и ЛПНП, повышенный синтез триглицеридов вследствие гиперлипидемии.</p> <p>3. Длительная</p>	<p>Е.И. Губанова, Л.Н. Рогова, И.А. Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 37, 63-64. Литвицкий, П. Ф. Патофизиология: учебник / Литвицкий П. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-6071-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460719.htm</p>

		гиперлиппротеинемия сопровождается увеличением образования модифицированных ЛП и развитием атеросклеротического повреждения сосудов.	
3.	Через две недели после выздоровления от тяжелого приступа фарингита 11-летняя девочка была вынуждена обратиться к врачу по поводу резкого появления периорбитального отека, гипертензии, гематурии, недомогания, тошноты, головной боли. В анализе мочи, суточный объем 600мл, умеренная протеинурия, гематурия (с остатками эритроцитов). В крови увеличивается содержание креатинина, мочевины.	Сочетание гематурии (с остатками эритроцитов), олигурии, азотемии, и гипертензии составляют нефритический синдром, прототипом которого является постстрептококковый гломерулонефрит. Задержка жидкости обычно минимальна, часто ограничена периорбитальными отеками, которые являются результатом уменьшенной экскреции солей и воды, а не гипоальбуминемии.	Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 37, 63. Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилакт. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).
4.	Мужчина К. 32 лет, в прошлом спортсмен-боксер высокого класса в тяжёлом весе, обратился к врачу с жалобами на быстро нарастающий вес тела (за 6 мес прибавил 7 кг), мышечную слабость, появление «синяков» на коже после несильных ударов, головокружение, головную боль (чаще в области затылка), периодически – мелькание «мушек»	У больного парциальная гиперфункция передней доли гипофиза и вторичная гиперфункция коркового слоя надпочечников. 2. Гиперпродукция АКТГ приводит к	Е.И. Губанова, Л.Н Рогова, И А Фастова Сборник ситуационных задач по курсу общей и частной патофизиологии. Волгоград, 2012, с. 35, 62.

	<p>и «спиралей» перед глазами; повышенную жажду (за сутки выпивает 5–6 л жидкости), частое обильное мочеиспускание.</p> <p>При осмотре: пациент гиперстенического телосложения, с избытком жировых отложений на лице (<i>лунообразное</i> лицо), шею (<i>бизоний</i> горб), над ключицами; на животе – пурпурные полосы; избыточное оволосение на груди и спине; большое число «синяков» различного цвета на ногах и руках. АД 185/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 130 г/л, эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $10 \cdot 10^9/л$, нейтрофилия, относительная лимфопения, отсутствие эозинофилов; СОЭ 5 мм/час; ГПК 210 мг%; гипернатриемия. Анализ мочи: диурез 4000 мл/сутки, относительная плотность 1,035, глюкозурия, белка и КТ не обнаружено, повышено содержание свободного кортизола.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая (какие) форма (формы) эндокринной патологии развилась у пациента? Ответ обоснуйте. 2. Если Вы предполагаете наличие нескольких форм эндокринопатий, то какова между ними патогенетическая связь? 3. Если форм эндокринопатий несколько, то какая из них является первичной? Какова её причина и механизмы развития? 	<p>активации корковой части надпочечников (болезнь <i>Иценко-Кушинга</i>).</p> <p>3. Первоначально развилась гиперфункция аденогипофиза (в результате её гипертрофии или роста опухоли). В связи с увеличением содержания в крови АКТГ повысилась продукция минерало- и глюкокортикоидов корой надпочечников.</p>	<p>Патофизиология : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профилактик. дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Патология" : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 629, [10] с. : ил. + 1 CD-ROM. - Библиогр. : с. 607-629. - ISBN 978-5-9704-2264-9 (общ.).</p>
--	---	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Понятие о петехиях	Петехии-это сыпь в виде красных пятен на коже и слизистых, диаметром до 3 мм	И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по

			специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. Стр 55
2.	Понятие о экхимозах	Экхимоз-это синяк, многоцветное не возвышающееся пятно на коже, над внутрикожным или подкожным кровоизлиянием.	И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. Стр. 55
3.	Понятие о пурпуре	Пурпура – множественные петехии и экхимозы диаметром до 1 см. Возникает в результате слияния петехий.	И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. СТР 55
4.	Понятие о гематомах	Гематома – масса крови, замкнутая в теанях между мышцами или под кожей.	И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. стр. 55
5.	Гематоптоэ	Гематоптоэ-кровохарканье при местных деструктивных процессах в легких (туберкулез),	И.А.Фастова, Т.В. Замечник Клиническая патофизиология. Методическое пособие для

	тромбэмболи легочной артерии, инфаркте легких, синдроме Гудпасчера	преподавателей медицинских вузов, обучающихся студентов по специальности «Педиатрия», Волгоград 2020,с. Стр. 56
--	--	---

3. Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

9. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) – 76 – 90%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Хорошо (4) -91-100	
Отлично (5)	

10. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии – трем критериям Удовлетворительно (3) – четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

11. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по

15. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)/вид и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции (ИУК)		
	ИУК -1 Знать	ИУК – 2 Уметь	ИУК – 3 Владеть
<p>УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p>	<p>1 - методы патолого-анатомических исследований и патолого-анатомических терминов; 2 - основные этапы развития патолого-анатомической науки, ее значение для медицины и биологии; 3 - основные направления патологической анатомии, традиционные и современные методы патолого-анатомических исследований; 4 - понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни, нозологии, принципы классификации болезней; 5 - значение фундаментальных исследований патологической анатомии для медицины. 6 - прикладное значение</p>	<p>1 - пользоваться научной литературой; 2 - обосновать характер патологического процесса и его клинических проявлениях;</p>	<p>1 - базовыми технологиями преобразования информации: самостоятельной работой с учебной литературой на бумажных и электронных носителях, интернет-ресурсах по патологической анатомии; 2 - медико-анатомическим понятийным аппаратом;</p>

	полученных знаний по патологической анатомии для последующего обучения и в дальнейшем – для профессиональной деятельности.		
вид и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (ИОПК)		
	ИОПК – 1 Знать	ИОПК- 2 Уметь	ИОПК – 3 Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	<p>1 - функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и патологии;</p> <p>2 - структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем;</p> <p>3 - термины, используемые в курсе патологической анатомии, и основные методы патологоанатомического исследования;</p> <p>4 - характерные изменения внутренних органов при</p>	<p>1 - диагностировать причины, патогенез и морфогенез болезней, их проявления, осложнения и исходы, а также патоморфоз, а в случае смерти - причину смерти и механизм умирания (танатогенез);</p> <p>2 - осуществлять сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней на всех этапах их развития;</p> <p>3 - правильно пользоваться микроскопом;</p> <p>4 - осуществлять сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней на всех этапах их</p>	<p>1 - навыками сопоставления морфологических и клинических проявлений болезни.</p> <p>2 - макроскопической диагностикой патологических процессов;</p> <p>3 - микроскопической (гистологической) диагностикой патологических процессов;</p> <p>4 - навыками клинико-анатомического анализа.</p>

	<p>важнейших заболеваниях человека;</p> <p>5 - методы патолого-анатомических исследований и патолого-анатомических терминов;</p> <p>6 - основные направления патологической анатомии, традиционные и современные методы патолого-анатомических исследований;</p> <p>7 - сущность и основные закономерности общепатологических процессов;</p> <p>8 - значение фундаментальных исследований патологической анатомии для практической и теоретической медицины.</p> <p>9 - характерные изменения внутренних органов при важнейших заболеваниях человека;</p> <p>10 - основы клинко-анатомического анализа, правила построения патологоанатомического диагноза, принципы клинко-анатомического анализа биопсийного и операционного материала;</p> <p>11 - прикладное значение полученных знаний по патологической анатомии для</p>	<p>развития;</p> <p>5 - диагностировать причины, патогенез и морфогенез болезней, их проявления, осложнения и исходы, а также патоморфоз, а в случае смерти — причину смерти и механизм умирания (танатогенез);</p> <p>6 - использовать полученные знания о структурных изменениях при патологических процессах и болезнях при профессиональном общении с коллегами и пациентами.</p>	
--	--	---	--

	последующего обучения и в дальнейшем – для профессиональной деятельности.		
--	--	--	--

2. Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

1. Патологическая анатомия. Т. 1.: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.html>
2. Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.html>
3. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html>
4. Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/105922>
5. Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.html>
6. Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html>
7. Коган, Е. А. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: интерактивное электронное учебное издание / Коган Е. А., Бехтерева И. А., Пономарев А. Б. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2404P2.html>

8. Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст]: учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с. : ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%E0%F2%E0%ED%E0%F2_%E4%E8%E0%E3%ED%EE%F1%F2_%F0%E0%EA%E0_%E6%E5%EB%F3%E4%EA%E0_%D1%EC%E8%F0%ED%EE%E2_2017&MacroAcc=A&DbVal=47
9. Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html>
10. Мальцева, Л. Д. Патология / Л. Д. Мальцева, С. Я. Дьячкова, Е. Л. Карпова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 536 с. - ISBN 978-5-9704-4335-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443354.html>
11. Основы коморбидной патологии / Т. В. Прокофьева, И. В. Севостьянова, Е. А. Полунина, П. Н. Воронина. - Астрахань: Астраханский ГМУ, 2020. - 32 с. - ISBN 9785442405590. - Текст: электронный // ЭБС "Букап»: [сайт]. - URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/osnovy-komorbidnoj-patologii-10730329/>
12. Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html>
13. Казачков Е. Л. Актуальные вопросы патологоанатомической практики: материалы науч.-практ. патологоанатом. конференции Южного Урала с участием патологоанатомов др. регионов России, посвященной 35-летию основания Челябинского обл. патологоанатом. бюро (Челябинск, 22 марта 2019 года) / Е. Л. Казачков. - Челябинск: ЮУГМУ, 2019. - 100 с. - ISBN 9785945072435. - Текст: электронный // ЭБС "Букап»: [сайт]. - URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/aktualnye-voprosy-patologoanatomicheskoy-praktiki-11041026/>

УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП	Результаты обучения по дисциплине
------------------------	-----------------------------------

(компетенции)	
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - методы патологоанатомических исследований и патологоанатомических терминов;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>СЕЛЕКТИВНАЯ ДЛЯ ГЛИКОГЕНА ОКРАСКА</p> <p>1) судан III 2) пикрофуксин 3) ШИК-реакция 4) реакция Перлса 5) по Цилю—Нильсену 6) серебрение по Косее</p>	3) ШИК-реакция	<p>Патологическая анатомия. Т. 1.: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-</p>

	<p>7) толуидиновый синий 8) гематоксилин и эозин</p>		<p>5342-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.html 1</p>
2.	<p>СЕЛЕКТИВНАЯ ДЛЯ ЛИПИДОВ ОКРАСКА 1) судан III 2) пикрофуксин 3) ШИК-реакция 4) реакция Перлса 5) по Цилю—Нильсену 6) серебрение по Косее 7) толуидиновый синий 8) гематоксилин и эозин</p>	1) судан III	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html 1</p>

Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>ТИПЫ СМЕРТИ КЛЕТКИ</p> <p>1) некроз 2) апоптоз 3) набухание 4) гипергидроз 5) мумификация 6) фрагментация</p>	<p>1) некроз 2) апоптоз</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
2.	<p>ДИСТРОФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) летальное повреждение клеток 2) разрастание коллагена в строме органов 3) нарушение функции паренхиматозных органов 4) обратимое повреждение соединительной ткани</p>	<p>5) вид повреждения, проявляющийся внеклеточными скоплениями ненормальных количеств различных веществ 6) вид повреждения,</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва:</p>

	<p>5) вид повреждения, проявляющийся внеклеточными скоплениями ненормальных количеств различных веществ</p> <p>6) вид повреждения, проявляющийся внутриклеточными скоплениями ненормальных количеств различных веществ</p>	<p>проявляющийся внутриклеточными скоплениями ненормальных количеств различных веществ</p>	<p>ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Рост опухоли в просвет полого мышечного органа</p> <p>2. Рост опухоли в стенку полого мышечного органа</p> <p>А. Эндофитный</p> <p>Б. Экзофитный</p>	<p>1Б</p> <p>2А</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL:</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>У больного М., определяются следующие признаки сердечной недостаточности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия; • Расширение левого предсердия; • Застой в малом круге кровообращения; • Нарушение функции правого желудочка; • Застой в большом круге 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Главное патогенетическое звено – стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. 2. Порочный круг – явление, при котором одно из звеньев патогенеза является причиной расстройств, поддерживающих и/или потенцирующих действие данного звена 3. Патологический процесс - закономерная динамическая совокупность патогенных и адаптивных изменений в тканях, органах и их системах, возникающих под действием повреждающего фактора, 	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm

	<p>кровообращения;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кислородное голодание циркуляторного типа; • Одышка. <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите главное звено в данной цепи патогенеза возникающих в организме нарушений, устранение которого вызовет ликвидацию всех вышеуказанных нарушений. 2. Дайте понятие «порочного круга» в патогенезе болезни. 3. Дайте понятие патологического процесса. 	<p>характеризующаяся нарушением жизнедеятельности организма.</p>	
7.	<p>Больной обратился в поликлинику по поводу сильных болей во II пальце кисти. Врач обнаружил покраснение и отек пальца, на концевой фаланге — очаг округлой формы зеленоватого цвета. При вскрытии очага выделилось</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гнойное. 2. Абсцесс 3. Полиморфно-ядерные лейкоциты. 4. Гнойное воспаление ведет к расплавлению тканей 	<p>Патологическая анатомия. Т. 1.: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В.</p>

	<p>содержимое сливкообразной консистенции, образовалась полость.</p> <p>1. Какой вид экссудативного воспаления развился на пальце?</p> <p>2. Какая разновидность этого воспаления?</p> <p>3. Каков состав экссудата?</p> <p>4. Почему после удаления экссудата образовалась полость?</p>		<p>С. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704- 5342-1. - Текст: электронн ый // ЭБС "Консульта нт студента»: [сайт]. - URL: https://www .studentlibra ry.ru/book/I SBN978597 0453421.ht ml</p>
8.	<p>Пациент А., прибыл в Мацесту для курортного лечения с жалобами на слабость в мышцах правой голени при ходьбе. Пять лет назад на фоне заболевания сосудов у него развилась сухая гангрена левой стопы, по поводу чего она была ампутирована. На курорте больному</p>	<p>1. Изначально у больного наблюдается патологическое состояние после ампутации – культя левой стопы, вследствие применения сероводородных ванн у него развился патологический рефлекс – повышение артериального</p>	<p>Патологиче ская анатомия. Т. 1.: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В.</p>

	<p>были назначены теплые сероводородные ванны. Однако вскоре процедуры пришлось отменить, так как по ходу подкожных вен правой голени появились болезненные уплотнения, связанные с развитием воспалительного процесса в венах (флебит). Кроме того, больной плохо переносил процедуры: во время приема ванн у него повышалось артериальное давление и появлялись головные боли.</p> <p>1. Какая патологическая реакция, какой патологический процесс и какое патологическое состояние отмечались у больного?</p> <p>2. Дайте понятие патологической реакции.</p>	<p>давления вследствие влияния сероводорода на тонус сосудов (патологическая реакция) и воспаление (патологический процесс)</p> <p>2. Патологическая реакция - качественно и/или количественно неадекватный и биологически нецелесообразный (неадаптивный) ответ организма или его части (ткани, органа, системы) на действие обычных или патогенных агентов.</p>	<p>С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.html</p>
9.	<p>Пациент К. доставлен в инфекционное отделение больницы с диагнозом «менингит». Из анамнеза болезни известно, что за день до госпитализации пытался выдавить фурункул в области носогубной складки, а к вечеру следующего дня состояние резко ухудшилось.</p>	<p>1. Травматизация фурункула привела к генерализации инфекционного процесса и поражению инфекционным агентом оболочек мозга.</p> <p>2. Патогенез — это совокупность механизмов,</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В.</p>

	<p>Появились лихорадка, резкая головная боль, тошнота и рвота.</p> <p>1. Какова, по Вашему мнению, этиология менингита у больного К.?</p> <p>2. Дайте определение понятия «патогенез».</p> <p>3. Дайте определение понятия «патологическое состояние».</p>	<p>включающихся в организме при действии на него вредоносных (патогенных) факторов и проявляющихся в динамическом стереотипном развёртывании ряда функциональных, биохимических и морфологических реакций организма, обуславливающих возникновение, развитие и исход заболевания.</p> <p>3. Патологическое состояние - длительное отклонение от нормы структуры, биохимических и/или функциональных свойств тканей, органов, их систем, возникающее под действием патогенного агента, характеризующееся, как правило, нарушением жизнедеятельности организма.</p>	<p>В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
10.	<p>У больного, страдавшего хроническим гломерулонефритом, в течение ряда лет отмечалась</p>	<p>1. Гипертрофия. 2. Компенсаторная (рабочая).</p>	<p>Струков, А. И. Патологиче</p>

	<p>артериальная гипертензия. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности.</p> <p>1. О каком процессе идет речь, назовите его?</p> <p>2. Назовите вид этого процесса в зависимости от механизма развития?</p>		<p>ская анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN978597</p>
--	---	--	---

			0461396.html
--	--	--	--------------

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патологоанатомических вскрытий.	<p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013 г. № 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий"</p> <p>Порядок проведения патологоанатомических вскрытий</p> <p>1. Настоящий Порядок устанавливает правила проведения патологоанатомических вскрытий в патологоанатомических бюро или патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии (далее - патологоанатомические бюро (отделения)).</p> <p>Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения, связанные с проведением судебно-</p>	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013 г. № 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий"

		<p>медицинской экспертизы трупа, донорством органов и тканей человека и их трансплантацией (пересадкой), а также с передачей невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях.</p> <p>2. Патологоанатомическое вскрытие проводится врачом-патологоанатомом в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания. Патологоанатомическое вскрытие осуществляется путем посмертного патологоанатомического исследования внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов.</p> <p>3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при</p>	
--	--	--	--

		<p>волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подозрения на насильственную смерть; 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток; 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов; 5) смерти: <ol style="list-style-type: none"> а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, 	
--	--	--	--

		<p>лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;</p> <p>б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;</p> <p>в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;</p> <p>г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;</p> <p>д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;</p> <p>б) рождения мертвого ребенка;</p> <p>7) необходимости судебно-медицинского исследования*(1).</p> <p>4. Направление тел умерших, а также мертворожденных, на патолого-анатомическое вскрытие, если отсутствуют обстоятельства,</p>	
--	--	---	--

		<p>препятствующие проведению патолого-анатомического вскрытия (абзац первый пункта 3 настоящего Порядка), осуществляется после констатации биологической смерти человека медицинским работником медицинской организации или выездной бригады скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правилами определения момента смерти человека, в том числе критериями и процедурой установления смерти человека, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 39, ст. 5289).</p> <p>5. Направление на патолого-анатомическое вскрытие тел умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, организует заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти, а в случае его отсутствия - дежурный врач.</p> <p>6. В случае наступления смерти вне</p>	
--	--	---	--

		<p>медицинской организации направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших организует врач (фельдшер) медицинской организации, в которой умерший получал первичную медико-санитарную помощь, либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание территории, где констатирована смерть.</p> <p>7. В случае наступления смерти в стационарных учреждениях социального обслуживания, образовательных организациях, в которых созданы условия для проживания обучающихся, и домах ребенка направление на патолого-анатомическое вскрытие тел умерших организует врач (фельдшер) указанных организаций либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание этих организаций.</p> <p>8. Медицинский работник в случаях, предусмотренных пунктами 5-7 настоящего Порядка, оформляет и подписывает направление на патолого-анатомическое вскрытие в патолого-анатомическое бюро (отделение), в</p>	
--	--	---	--

		<p>котором указываются следующие сведения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наименование организации, врач (фельдшер) которой осуществляет направление тела умершего в патолого-анатомическое бюро (отделение); 2) фамилия, имя, отчество и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода); 3) дата и время наступления смерти (мртворождения). <p>9. Для проведения патолого-анатомического вскрытия вместе с телом умершего (мртворожденного, плода) в патолого-анатомическое бюро (отделение) направляется медицинская документация умершего (мртворожденного, плода) - медицинская карта стационарного больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного), содержащая результаты проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований, карты</p>	
--	--	--	--

		<p>анестезиологических и реанимационных пособий, протоколы оперативных вмешательств, заключительный клинический диагноз с указанием кода диагноза в соответствии с МКБ-Х*(2) и посмертный эпикриз.</p> <p>10. Патолого-анатомические бюро (отделения), в которые осуществляется доставка тел умерших, определены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья на основании установленных законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья полномочиями*(3).</p> <p>11. При подозрении на наличие признаков особо опасных инфекционных болезней у умершего, мертворожденного или плода патолого-анатомическое вскрытие осуществляется в изолированных помещениях патолого-анатомического бюро (отделения), предназначенных для вскрытия таких трупов, в соответствии с требованиями государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.</p>	
--	--	--	--

		<p>В случае если при проведении патолого-анатомического вскрытия обнаружены признаки инфекционных болезней, информация об этом направляется медицинской организацией, в которой проводилось патолого-анатомическое вскрытие, в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту регистрации заболевания умершего, мертворожденного или плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации*(4).</p> <p>12. При подозрении на наличие признаков насильственной смерти, признаков потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача тело умершего направляется на судебно-медицинскую экспертизу в соответствии с порядком проведения судебно-медицинских экспертиз, утвержденным Министерством здравоохранения</p>	
--	--	---	--

		<p>Российской Федерации в соответствии с частью 2 статьи 62 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p> <p>13. Патолого-анатомические вскрытия подразделяются на следующие категории сложности:</p> <p>1) патолого-анатомическое вскрытие первой категории сложности - патолого-анатомическое вскрытие (макроскопическое исследование) без проведения гистологического исследования;</p> <p>2) патолого-анатомическое вскрытие второй категории сложности - патолого-анатомическое вскрытие плода, мертворожденного или умершего новорожденного, а также патолого-анатомическое вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, при отсутствии неопределенности в трактовке механизмов и причины смерти (в том числе при ишемической болезни сердца,</p>	
--	--	---	--

		<p>ревматических поражениях клапанов сердца вне обострения, инфаркте головного мозга, новообразованиях, подтвержденных гистологически, циррозе печени, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, аппендиците, холецистите, желчнокаменной болезни, аневризме аорты);</p> <p>3) патолого-анатомическое вскрытие третьей категории сложности - патолого-анатомическое вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, а также в случаях смерти после оперативных вмешательств (за исключением случаев, предусмотренных подпунктами 4 и 5 настоящего пункта), когда возникают трудности в трактовке сущности патологического процесса, механизмов и причины смерти, что требует применения дополнительных гистологических и гистохимических окрасок, бактериоскопического, бактериологического, биохимического и других исследований (в том числе при кардиомиопатиях, перикардитах, миокардитах, эндокардитах,</p>	
--	--	--	--

		<p>цереброваскулярных заболеваниях, сосудистой недостаточности кишечника, кишечной непроходимости, вирусных гепатитах, пиелонефритах, мочекаменной болезни, обструктивных болезнях легкого, сосудистой недостаточности конечностей, психических и нервных болезнях, алкоголизме, панкреатитах, амилоидозе);</p> <p>4) патолого-анатомическое вскрытие четвертой категории сложности - патолого-анатомическое вскрытие при комбинированном основном заболевании или полипатии, при наличии дефектов диагностики и лечения, что вызвало трудности в трактовке характера патологического процесса, механизмов и причины смерти (в том числе при интраоперационной или ранней послеоперационной смерти, инфекционных заболеваниях (кроме ВИЧ-инфекции, особо опасных инфекций), заболеваниях беременных, рожениц и родильниц, при гнойно-воспалительных осложнениях, не диагностированных при жизни, сепсисе, болезнях крови и кроветворных</p>	
--	--	---	--

		<p>органов, ревматических болезнях, заболеваниях спинного мозга, болезнях кожи и костно-мышечной системы, профессиональных заболеваниях, в том числе пневмокониозах, интерстициальных болезнях легких, болезнях эндокринной системы, болезнях накопления);</p> <p>5) патолого-анатомическое вскрытие пятой категории сложности - патолого-анатомическое вскрытие при неустановленном клиническом диагнозе основного заболевания, когда имеются трудности в трактовке характера патологического процесса и причины смерти или необходимо применение дополнительных иммуногистохимических, молекулярно-биологических, электронно-микроскопических методов исследования (в том числе при новообразованиях неустановленного гистогенеза, особо опасных инфекционных болезнях, ВИЧ-инфекции).</p> <p>14. Патолого-анатомическое вскрытие проводится в срок до трех суток после констатации биологической смерти</p>	
--	--	--	--

		<p>человека.</p> <p>15. Сведения о поступлении в патолого-анатомическое бюро (отделение) тела умершего вносятся в форму учетной медицинской документации № 015/у «Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших» (приложение № 4 к настоящему приказу) (далее - Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших).</p> <p>16. При проведении патолого-анатомического вскрытия гистологический, биохимический, микробиологический и другие необходимые методы исследований отдельных органов, тканей умершего или их частей являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного заболевания и сопутствующего заболевания, его состояния. Волеизъявление умершего, высказанное при его жизни, либо письменное заявление супруга, близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков,</p>	
--	--	--	--

		<p>дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего о проведении таких исследований не требуется*(5).</p> <p>17. Перед началом проведения патолого-анатомического вскрытия врач-патологоанатом изучает медицинскую документацию, представленную для проведения патолого-анатомического вскрытия, и, при необходимости, получает разъяснения у врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента.</p> <p>18. На проведение патолого-анатомического вскрытия пациента, умершего в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, приглашается его лечащий врач (врач-акушер-гинеколог, врач-неонатолог), фельдшер, акушерка или заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти.</p> <p>19. Этапы проведения патолого-</p>	
--	--	--	--

		<p>анатомического вскрытия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наружный осмотр тела; 2) вскрытие и исследование полостей тела; 3) извлечение органокомплекса; 4) изучение органов и тканей; 5) взятие биологического материала для гистологического и других дополнительных исследований; 6) приведение тела в достойный вид; 7) лабораторная обработка биологического материала; 8) микроскопическое изучение биологического материала. <p>20. Наружный осмотр тела включает в себя осмотр состояния кожных покровов, в том числе на наличие послеоперационных рубцов и ран, повязок, дренажей, патологических образований.</p>	
--	--	---	--

		<p>21. Вскрытие и исследование полостей тела включает в себя осмотр состояния стенок и содержимого полостей, топографического расположения органов, характеристику их серозного покрова.</p> <p>22. Извлечение органокомплекса осуществляется с использованием методических приемов, позволяющих сохранить взаиморасположение внутренних органов и тканей.</p> <p>23. Изучение органов и тканей производится в следующей последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none">1) головной мозг и оболочки мозга;2) череп и придаточные пазухи;3) язык, глотка, пищевод;4) трахея, бронхи, легкие;5) сердце и крупные сосуды;6) средостение, забрюшинная клетчатка, грудная и брюшная полости;7) грудная аорта, брюшная аорта,	
--	--	--	--

		<p>крупные артерии (почечные, брыжеечные, подвздошные);</p> <p>8) почки, надпочечники, мочеточники;</p> <p>9) поджелудочная железа, печень, желчный пузырь;</p> <p>10) желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка;</p> <p>11) мочевой пузырь, предстательная железа (матка, яичники);</p> <p>12) магистральные сосуды конечностей;</p> <p>13) кости и мягкие ткани;</p> <p>14) плацента (при наличии);</p> <p>15) плодные оболочки и пуповина (при наличии).</p> <p>24. Взятие биологического материала для гистологического исследования (при наличии медицинских показаний - гистохимического, иммуногистохимического, генетического, молекулярно-биологического исследований)</p>	
--	--	--	--

		<p>включает в себя иссечение кусочков органов и тканей и помещение их в фиксирующие растворы. Гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, генетические, молекулярно-биологические исследования выполняются в патолого-анатомическом бюро (отделении).</p> <p>При наличии медицинских показаний производится взятие биологического материала для микробиологического (бактериологического, вирусологического), биохимического и (или) других необходимых исследований. Для проведения указанных исследований биологический материал передается в соответствующее структурное подразделение медицинской организации в нефиксированном (нативном) виде. Для микробиологического (бактериологического и вирусологического) исследования биологический материал забирается с соблюдением требований стерильности.</p> <p>25. Патолого-анатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего и</p>	
--	--	--	--

		<p>сохранением максимально его анатомической формы.</p> <p>После проведения патолого-анатомического вскрытия приведение тела в достойный вид осуществляется путем ушивания секционных разрезов и омывания водой.</p> <p>26. Лабораторная обработка биологического материала, взятого для гистологического, иммуногистохимического, генетического, молекулярно-биологического исследований, включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окончательную фиксацию; 2) проводку (обезвоживание и пропитывание парафином); 3) заливку в парафин с изготовлением парафиновых блоков; 4) микротомию (изготовление парафиновых срезов, монтирование их на предметные стекла и высушивание); 5) окраску, заключение и высушивание 	
--	--	---	--

		<p>микропрепаратов;</p> <p>б) сортировку микропрепаратов.</p> <p>27. Микроскопическое изучение биологического материала представляет собой микроскопическое исследование микропрепаратов с помощью гистологических, гистохимических, иммуногистохимических методов исследований, а также сопоставление их результатов с данными макроскопического исследования.</p> <p>28. По окончании этапов проведения патолого-анатомического вскрытия, предусмотренных подпунктами 1-5 пункта 19 настоящего Порядка, в день проведения патолого-анатомического вскрытия врач-патологоанатом оформляет форму учетной медицинской документации № 013/у «Протокол патолого-анатомического вскрытия» или форму учетной медицинской документации № 013/у-1 «Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного» (приложения № 2-3 к настоящему приказу) (далее - протокол патолого-анатомического вскрытия).</p>	
--	--	--	--

		<p>29. Для выявления расхождения заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза, а также дефектов оказания медицинской помощи производится сопоставление заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза в части установленных: основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний.</p> <p>Сведения о расхождении заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза, а также о выявленных дефектах оказания медицинской помощи вносятся врачом-патологоанатомом в протокол патолого-анатомического вскрытия и направляются в медицинскую организацию, врач (фельдшер) которой выдал направление на патолого-анатомическое вскрытие.</p> <p>30. Не позднее тридцати суток после завершения проведения патолого-анатомического вскрытия врач-патологоанатом осуществляет</p>	
--	--	--	--

		<p>окончательное оформление протокола патолого-анатомического вскрытия, а также вносит в медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка медицинскую карту амбулаторного пациента) патолого-анатомический диагноз и клинико-патолого-анатомический эпикриз.</p> <p>Копия протокола патолого-анатомического вскрытия вносится в медицинскую документацию умершего - медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного пациента), которая возвращается в медицинскую организацию.</p> <p>31. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патолого-анатомического вскрытия отражается в учетной форме № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» или в учетной форме № 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», которые</p>	
--	--	--	--

		<p>утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. № 782н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2008 г., регистрационный № 13055), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1687н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 марта 2012 г., регистрационный № 23490).</p> <p>32. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу,</p>	
--	--	--	--

		<p>осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию*(6).</p> <p>В случае, указанном в абзаце 1 настоящего пункта, заключение о причине смерти и диагнозе заболевания оформляется выпиской из протокола патолого-анатомического вскрытия.</p> <p>33. После завершения патолого-анатомического вскрытия тело умершего выдается для погребения супругу, близким родственникам (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), иным родственникам либо законному представителю умершего, а при отсутствии таковых - иному лицу, взявшему на себя обязанность осуществить погребение умершего.</p> <p>Сведения о выдаче тела умершего вносятся в Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших.</p> <p>34. В медицинской организации, проводящей патолого-анатомическое вскрытие, формируется архив, который</p>	
--	--	---	--

		<p>включает следующие материалы, полученные по результатам патолого-анатомических вскрытий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) биологические материалы; 2) гистологические препараты; 3) протоколы патолого-анатомических вскрытий. <p>35. Биологические материалы, полученные при проведении патолого-анатомических вскрытий, хранятся в 10% растворе нейтрального формалина в архиве патолого-анатомического бюро (отделения) до окончания гистологического исследования и установления патолого-анатомического диагноза.</p> <p>Гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках хранятся в архиве патолого-анатомического бюро (отделения) в течение трех лет.</p> <p>Протокол патолого-анатомического вскрытия хранится в архиве медицинской организации, в которой</p>	
--	--	--	--

		<p>проводится патолого-анатомическое вскрытие, в течение срока хранения медицинской карты стационарного больного (медицинской карты родов, медицинской карты новорожденного, истории развития ребенка, медицинской карты амбулаторного больного).</p> <p>36. В случае выдачи по письменному запросу органов дознания, следствия, суда гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патолого-анатомического вскрытия сведения об этом фиксируются записью в журнале, которая должна содержать:</p> <ol style="list-style-type: none">1) дату выдачи гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патолого-анатомического вскрытия;2) сведения об умершем, указанные в подпункте 2 пункта 8 настоящего Порядка;3) реквизиты письменного запроса органов дознания, следствия, суда;	
--	--	--	--

		<p>4) сведения о лице, которому выданы гистологические препараты, биологические материалы в парафиновых блоках и копии протоколов патолого-анатомического вскрытия, и его подпись;</p> <p>5) сведения о работнике, который произвел выдачу гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патолого-анатомического вскрытия и его подпись;</p> <p>6) отметка о возвращении гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках.</p>	
2.	Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии.	<p>Методы исследования патологической анатомии:</p> <p>1) вскрытие тел умерших; (аутопсия)</p> <p>2) биопсия (прижизненное гистологическое исследование, проводящееся с целью диагностики и определения прогноза заболевания). Материал исследования называется «биоптат». В зависимости от способов</p>	<p>Мавликеев М.О., Архипова С.С., Чернова О.Н., Титова А.А., Певнев Г.О., Шафигуллин</p>

		<p>его получения биопсии различают закрытые и скрытые.</p> <p>Закрытые биопсии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пункциональная (в печени, почках, молочных железах, щитовидной железе, лимфатических узлах и т. д.); 2) аспирационная (путем отсасывания из бронхиального дерева); 3) трепанационная (из плотной костной ткани и хрящей); 4) диагностическое выскабливание полости матки, т. е. получение соскобов эндометрия (применяется в акушерстве и гинекологии); 5) гастробиопсия (при помощи гастропиброскопа осуществляется забор слизистой желудка). <p>Скрытые биопсии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) исследование операционного материала (берется весь материал); 2) экспериментальное моделирование болезни <p>По структуре биоптат может быть жидким, твердым или мягким. По срокам биопсия делится на плановую (результат на 6—7е сутки) и срочную (результат в течение 20 мин, т. е. в момент оперативного вмешательства).</p>	<p>а А.К., Киясов А.П. 2020 © Казанский университет, 2020</p>
3.	Методы фиксации и биопсийного	Фиксация – физико-химический процесс, обеспечивающий сохранение	Мавликеев М.О.,

	<p>операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.</p>	<p>прижизненной структуры клеток и тканей путем инактивации лизосомальных ферментов - причины аутолиза, ингибирования бактериального и грибкового роста – причины гетеролизиса, коагуляции белков и образования новых связей между биомолекулами. Не существует идеального способа фиксации, подходящего для всех типов микроскопических исследований, все методы фиксации приводят в той или иной степени к образованию артефактов. Следует подчеркнуть, что основная причина неудачного окрашивания (особенно иммуногистологического) заключается в неадекватной фиксации. Выделяют два основных способа фиксации материала: химический, заключающийся в помещении образцов ткани в раствор фиксатора, и термический, подразумевающий нагревание биологических образцов (как правило, бактериальных мазков). Заморозка образцов при температуре -80 – -190°С</p>	<p>Архипова С.С., Чернова О.Н., Титова А.А., Певнев Г.О., Шафигуллина А.К., Киясов А.П. 2020 © Казанский университет, 2020</p>
--	---	--	--

		<p>сама по себе не является методом фиксации, так как требует в дальнейшем фиксации замороженных срезов непосредственно перед окрашиванием химическим способом. Химическая фиксация предполагает дальнейшую проводку материала и заливку в парафин (реже в целлоидин, желатин и т.п.) или синтетические смолы.</p>	
4.	<p>Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.</p>	<p>Кусочки (фрагменты) органов и тканей, взятые с диагностической целью (диагностические биопсии), органы и ткани, удаленные при хирургических операциях (операционные биопсии), а также последы и самопроизвольно выделившиеся у пациента кусочки ткани подлежат обязательному направлению на патологоанатомическое (патогистологическое) исследование.</p> <p>Категорически запрещается делить материал на части для одновременного направления в разные патологоанатомические учреждения (подразделения). В подобных случаях морфологические изменения, характерные для данного</p>	<p>Чернова О.Н., Титова А.А., Певнев Г.О., Шафигуллина А.К., Киясов А.П. 2020 © Казанский университет, 2020</p>

		<p>патологического процесса, могут оказаться только в одной части объекта, а, следовательно, и результаты исследования будут различны. Это может дезориентировать лечащих врачей и нанести вред больному.</p> <p>Материал для патогистологического исследования доставляется с направлением на патогистологическое исследование (форма 014/У или компьютерная форма лечебно-профилактического учреждения), которое заполняется лечащим врачом или врачом, осуществляющим забор материала для исследования. Вместо формы 014/У допускается использование специально разработанных компьютерных бланков, особенно при наличии в медицинской организации компьютерной сети.</p> <p>Направление на патогистологическое исследование заполняется в двух экземплярах под копирку (если не используется компьютерная технология). В карту амбулаторного или стационарного больного лечащим врачом или врачом осуществлявшем забор материала для исследования,</p>	
--	--	--	--

		вносится запись о дате и методе забора материала.	
5.	Техника патологоанатомического вскрытия.	<p>Соблюдение общего порядка вскрытия трупов — важное правило секционного раздела патологоанатомической работы. При этом недопустимо проведение неполного вскрытия. В описательной части протокола проведенной аутопсии должна быть представлена морфологическая характеристика всех органов и систем. Вместе с тем выбор того или иного способа вскрытия в значительной мере зависит от традиций конкретной патологоанатомической школы, однако при любом методе вскрытия последовательность и характер действий патологоанатома корректируются в зависимости от возраста, пола умершего, особенностей клинической картины заболевания, танатогенеза, результатов наружного осмотра трупа, осмотра органов in situ при вскрытии полостей.</p> <p>При вскрытии не должны производиться разрезы на открытых частях тела; при правильно проведенной уборке трупа не должны быть заметны признаки проведенного вскрытия.</p>	<p>9. Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст:</p>

		<p>Для проведения вскрытия патологоанатомического раздетый труп кладут на секционный стол головой к свету и ногами к тому концу стола, в котором устроен сток. Труп во время вскрытия лежит на спине, лишь при вскрытии позвоночника его кладут ничком. При доставке трупа умершего из дома одежда и обувь осматривается патологоанатомом во время и после их снятия. Обращается внимание на состояние и вид одежды, ее качество, изношенность, загрязнение, наличие кровяных и других пятен, повреждений. Если на одежде есть повреждения, следует обратить внимание на состояние соответствующих по топографии частей тела и исключить их повреждение. Целесообразно полученные сведения об одежде и обуви занести в протокол патологоанатомического исследования. Хирургические повязки, компрессы оставляют на трупе до начала вскрытия. Введенные катетеры, дренажные трубки, тампоны и т.д. не должны извлекаться после смерти в отделении больницы. Их оставляют на месте при наружном осмотре трупа, и</p>	<p>электронный // URL: https://www.osmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	--

		<p>патологоанатом в дальнейшем извлекает их лишь после всестороннего исследования соответствующего органа или области раны.</p> <p>Предложенный Р.Вирховым (R.Virchow) во второй половине XIX в. способ вскрытия трупов после их осмотра в XX в. был существенно усовершенствован другими исследователями.</p> <p>В России широкое распространение получили методы вскрытия, предложенные А.И. Абрикосовым и Г.В. Шором и направленные на изучение патологоанатомических изменений в соответствии с анатомо-физиологическими особенностями организма, избегая расчленения отдельных систем на части. Так, по методу Абрикосова обычно извлекают и исследуют органы шеи и грудной клетки в виде общего комплекса, затем отдельно кишечник, печень, желудок и двенадцатиперстную кишку — одним комплексом; почки, мочевые пути и половые органы — также комплексом. Способ вскрытия трупов методом полной эвисцерации, разработанный</p>	
--	--	--	--

		Г.В. Шором, более, чем другие методы, соответствует современным методологическим представлениям о целостности организма. Согласно этому способу, предусматривается извлечение органов шеи, грудной, брюшной полостей и таза в виде одного сплошного комплекса, причем и в дальнейшем органы не отделяют друг от друга, а изучают их во взаимной связи.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	2 - основные этапы развития патолого-анатомической науки, ее значение для медицины и биологии;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>В систему патологоанатомической службы входят:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1 Патологоанатомические отделения</p> <p>2 Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро</p> <p>3 Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно-исследовательских институтов</p> <p>4 Все перечисленное верно</p> <p>5 Верно, А и Б</p>	5 Верно А и Б	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p style="text-align: center;">1</p>
2.	<p>Основные функциональные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя:</p>	4. Все перечисленное верно	<p>труков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В.</p>

	<p>Варианты ответов</p> <p>1 Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале</p> <p>2 Установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания</p> <p>3 Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов</p> <p>4 Все перечисленное верно</p> <p>5 Верно А и Б</p>		<p>В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
	<p>Выберите несколько правильных ответов</p>		
<p>1.</p>	<p>В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1 Вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала</p> <p>2 Забор секционного материала для специальных исследований</p> <p>3 Микроскопическое и специальное исследование операционного и</p>	<p>1 Вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала</p> <p>2 Забор секционного материала для специальных исследований</p> <p>3 Микроскопическое и специальное исследование</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия</p>

	биопсийного материала	операционного и биопсийного материала	"Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
2.	<p>В таблиць оборудования патологоанатомического отделения включают:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1 Аппараты и приборы</p> <p>2 Медицинский инструментарий, мебель и оборудование</p> <p>3 Реактивы, краски, химикаты, посуда</p>	<p>1 Аппараты и приборы</p> <p>2 Медицинский инструментарий, мебель и оборудование</p> <p>3 Реактивы, краски, химикаты, посуда</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Головка смешанного тромба имеет строение тромба</p> <p>2. Тело смешанного тромба имеет строение тромба</p> <p>3. Хвост смешанного тромба имеет строение тромба</p> <p>А. Смешанного</p> <p>Б. Белого</p> <p>В. Красного</p>	<p>1В</p> <p>2А</p> <p>3Б</p>
		<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	После отравления грибами у больного	Ответы:	3.

	<p>развились признаки острой печеночной недостаточности, отмечено прогрессирующее уменьшение размеров печени.</p> <p>1. Какое заболевание развилось у больного?</p> <p>2. Какой процесс в печени лежит в основе этого заболевания?</p> <p>3. Назовите морфологические стадии заболевания.</p> <p>4. Каковы возможные исходы болезни?</p>	<p>1.токсическая дистрофия печени</p> <p>2. прогрессирующий некроз паренхимы печени</p> <p>3.стадии жёлтой и красной дистрофии</p> <p>4. формирование цирроза печени, смерть от печёночной недостаточности.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
2.	<p>Больная поступила в клинику для вскрытия абсцесса ягодицы, образовавшегося после внутримышечной инъекции. После вскрытия абсцесса температура тела оставалась высокой, появилась одышка, затемнение сознания. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности. 1.</p>	<p>1.септикопиемия</p> <p>2. хирургический</p> <p>3.влегких- метастатические гнойники, в сердце - острый септический полипозно-язвенный эндокардит, в головном мозге – абсцессы и</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 1. : учебник : в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст :</p>

	Какая клинико-морфологическая форма сепсиса развилась у больной? 2. Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот? 3. Какие изменения в связи с особенностями распространения инфекции можно найти в легких, сердце, головном мозге? 4. Какие макроскопические изменения селезенки найдены при вскрытии?	гнойный менингит. 4.септическая селезёнка: увеличена в размерах, дряблая пульпа даёт обильный соскоб.	электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.htm 1
3.	У больного, страдающего пороком сердца с явлениями хронической сердечной недостаточности с выраженным отеком нижних конечностей, при попытке подняться с постели внезапно появилась синюшность лица и наступила смерть. 1. Какое осложнение возникло у больного? 2. Какие изменения можно обнаружить в нижних конечностях, имеющие отношения к смерти? 3. Каков механизм смерти?	1.Тромбоэмболия легочной артерии. 2. Тромбоз вен. 3. Остановка сердца вследствие пульмокоронарного рефлекса.	Патологическая анатомия. Т. 1. : учебник : в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.htm 1
4.	У больного, страдавшего в течение 15 лет гипертонической болезнью, в последнее время появились жалобы	1.Почечная 2.Артериолосклеротический нефроцирроз	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник

	<p>на слабость, быструю утомляемость, полиурию. При обследовании выявлены: белок в моче, значительное повышение содержания креатинина в крови. Больной умер при нарастающих явлениях аутоинтоксикации от хронической почечной недостаточности. 1. Какая клиничко-морфологическая форма гипертонической болезни имеет место? 2. Как называется патологический процесс, развившийся в почках? 3. Как макроскопически выглядели почки на секции? 4. Как называется состояние аутоинтоксикации при нарастающей почечной недостаточности?</p>	<p>(первично-сморщенные почки) 3. Уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, мозговой и корковый слой истончены 4. Азотемическая уремия</p>	<p>/ А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
5.	<p>Больной заболел остро. Высокая температура, интоксикация. На 10-й день болезни на коже туловища появилась розеоло-папулезная сыпь. На 17-й день болезни выявлены признаки острого живота, диагностирован перитонит. Больной скончался. На вскрытии в подвздошной кишке обнаружены глубокие язвы в области некротизированных групповых фолликулов. Одна из язв перфоративная. В брюшной полости</p>	<p>1. брюшной тиф 2. стадия образования язв 3. увеличены в размерах, сочные, серо-красные 4. брюшнотифозные гранулёмы 5. построены из клеток-макрофагов.</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология : учебник : в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

<p>фибринозно-гнойный экссудат. 1. О каком заболевании идет речь? 2. Какая стадия заболевания? 3. Какой вид имели мезентеральные лимфатические узлы? 4. Обнаружение каких образований в групповых фолликулах и лимфатических узлах брыжейки при гистологическом исследовании имеет диагностическое значение? 5. Какое микроскопическое строение имеют эти образования?</p>		<p>URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1</p>
--	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>История развития прозекторской службы в России.</p>	<p>По дошедшим до нас документальным данным, вскрытия трупов стали практиковаться и были узаконены в России в начале XVIII века при Петре I, который в первые же годы Северной войны (1700 — 1721) убедился в важности организации медицинского обслуживания войск. Петр решил учредить «гофшпитали» и хирургические училища. Страна и армия особенно нуждались в отечественных медиках. Среди</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru</p>

		<p>больших государственных дел Петр I находил время заниматься науками, в частности, он очень интересовался медициной. В 1717 г., путешествуя за границей, Петр I купил у Рюиша за огромную по тем временам сумму — 30 000 золотых гульденов — знаменитую анатомическую коллекцию; впоследствии он заботился о ее пополнении. Петр любил посещать вскрытия и «сам при разъятии мертвых тел многократно присутствовал». Вскоре он приобрел достаточные навыки, «весьма искусно умел анатомить тело... и делал то с великой охотой».</p> <p>Первую регламентацию прозекторского дела в лечебных учреждениях мы находим в воинском документе—«Регламенте о управлении Адмиралтейства и верфи и части второй Регламент морского» 1722 г. Так, предусмотрен специальный пункт о вскрытиях умерших и обязательном присутствии при этом лекарей, которым доктор должен при этом давать объяснения о болезнях и их лечении.</p>	<p>u/book/ISBN9785970461396.html</p>
--	--	---	--

		<p>При царице Анне Иоанновне 2 мая 1746 г. вышел Указ, который предписывал доставлять все трупы скоропостижно умерших для вскрытия в анатомические театры при госпитальных школах, т.е. занятия на трупах приняли характер обязательных. Будущие лекари получили возможность приобретать навыки в производстве вскрытий, а объяснения «докторов» и «операторов» должны были расширять их представления о существе болезней и причинах смерти.</p> <p>31 октября 1745 г. была издана «Инструкция об экзаменах», составленная Павлом Захаровичем Кондоиди (1710 - 1760), выдающимся русским медицинским администратором. В них он излагал весьма прогрессивные для своего времени мысли о проведении занятий в клинике, подчеркивал особую роль патологоанатомических вскрытий, высказывал мнение о необходимости сопоставлять признаки болезни с изменениями, при этом найденными.</p>	
--	--	---	--

		<p>Иными словами, более 250-лет назад в России уже проводились клинико-анатомические параллели. Это тем более замечательно, так как на Западе даже после выхода в 1761 г. известного сочинения Морганьи «О локализации и причинах болезней, выявленных анатомом» потребовалось еще много времени для того, чтобы оно было признано.</p> <p>Перу Кондоиди принадлежит еще один замечательный документ: «Инструкция, данная младшим госпитальным докторам генеральных госпиталей», утвержденная правительством 5 февраля 1754 г. В ней в числе других вопросов дана конкретная регламентация патологоанатомических вскрытий. Требование о необходимости записывать данные патологоанатомических вскрытий и включать их в эпикриз было узаконено в специальном пункте и должно расцениваться как начало патологоанатомической документации.</p> <p>В Указе Медицинской канцелярии от</p>	
--	--	---	--

		<p>4 июля 1754 г., где были узаконены учебные программы для госпитальных школ, подтверждалось требование к учащимся на 7-м году обучения непременно присутствовать при вскрытиях.</p> <p>Центрами развития прозекторского дела становились основанные при первых госпиталях в госпитальных школах анатомические театры. Последние превращались затем в госпитальные прозектуры.</p> <p>Первый анатомический театр был основан по указу Петра от 25 мая 1706 г. при Московском госпитале.</p> <p>Профессора-клиницисты широко пользовались патологоанатомическими вскрытиями, проводя постоянно сравнения между клиническими наблюдениями и морфологическими данными. Этот принцип они старались привить своим ученикам, преподавая им основы патологической анатомии в курсе клинических дисциплин. Вот почему у нас в России первыми авторами</p>	
--	--	--	--

		<p>патологоанатомических работ были чаще клиницисты, чем анатомы, и патология долгое время оставалась в курсе терапии.</p> <p>С осени 1849 г. была организована и стала функционировать при Московском университете первая в России самостоятельная кафедра патологической анатомии. (рис.6) Вторая отечественная кафедра патологической анатомии была открыта в 1859 г. при Петербургской медико-хирургической академии. В 1860 г. была организована кафедра общей патологии и патологической анатомии на медицинском факультете Дерптского (ныне Тартуского) университета.</p> <p>По университетскому уставу, датированному 18 июня 1863 года, на медицинском факультете Казанского университета была создана кафедра патологической анатомии – четвертая в России. До учреждения кафедры курс патологической анатомии читал профессор анатомии Евгений Филиппович Аристов (1806 - 1875).</p>	
--	--	---	--

2.	<p>Патологическая анатомия. Содержание, задачи, объекты, методы и уровни исследования.</p>	<p>Патологоанатомическая служба и ее значение в системе здравоохранения. Патологическая анатомия изучает структурные изменения, возникающие в организме больного. Она делится на теоретическую и практическую. Структура патологической анатомии: общая часть, частная патологическая анатомия и клиническая морфология. Общая часть изучает общие патологические процессы, закономерности их возникновения в органах и тканях при различных заболеваниях. К патологическим процессам относятся: некроз, нарушение кровообращения, воспаление, компенсаторные воспалительные процессы, опухоли, дистрофии, патология клетки. Частная патологическая анатомия изучает материальный субстрат болезни, т. е. является предметом нозологии. Нозология (учение о болезни) предусматривает знание этиологии, патогенеза, проявления и номенклатуры болезней, их изменчивости, а также построения диагноза, принципов лечения и</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
----	--	--	--

		<p>профилактики.</p> <p>Задачи патологической анатомии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изучение этиологии заболевания (причины и условия болезни); 2) изучение патогенеза заболевания (механизм развития); 3) изучение морфологии заболевания, т. е. структурные изменения в организме и тканях; 4) изучение морфогенеза заболевания, т. е. диагностические структурные изменения; 5) изучение патоморфоза заболевания (стойкое изменение клетки и морфологические болезни под влиянием лекарственных препаратов — медикаментозный метаморфоз, а также под влиянием условий внешней среды — естественный метаморфоз); 6) изучение осложнений заболеваний, патологические процессы которых не являются обязательными проявлениями болезни, но возникают и ухудшают его и нередко приводят к летальному исходу; 7) изучение исходов заболевания; 8) изучение танатогенеза (механизма 	
--	--	---	--

		<p>смерти);</p> <p>9) оценка функционирования и состояния поврежденных органов.</p> <p>Задачи практической патологической анатомии:</p> <p>1) контроль правильности и своевременности клинического диагноза (вскрытие). Процент несовпадения клинического и патологоанатомического диагноза колеблется в пределах 12—19%. Причины: редкие заболевания со стертой клинической или лабораторной картиной; запоздалое обращение больного в лечебное учреждение. Своевременность постановки диагноза означает, что диагноз должен быть поставлен в течение 3 суток, при тяжелом состоянии больного — в первые часы;</p> <p>2) повышение квалификации лечащего врача (на вскрытии всегда присутствует лечащий врач). По каждому случаю расхождения диагноза в клинике проводят клинкоанатомическую конференцию, где идет конкретный разбор заболевания;</p> <p>3) непосредственное участие в</p>	
--	--	---	--

		<p>постановке прижизненного клинического диагноза (путем биопсии и исследования операционного материала).</p> <p>техника</p> <p>Методики исследования патологоанатомического материала:</p> <p>1) световая микроскопия с применением специальных красителей;</p> <p>2) электронная микроскопия;</p> <p>3) люминисцентная микроскопия;</p> <p>4) радиография.</p> <p>Уровни исследования: организменный, органнй, системный, тканевый, клеточный, субъективный и молекулярный.</p>	
3.	<p>Исторические данные: этапы развития патологии, роль российской школы патологической анатомии.</p>	<p>1 Макроморфологический период характеризовался длительным (три столетия) накоплением данных исследования тел умерших. После А. Беневьени в Европе в XVI веке были опубликованы десятки оригинальных работ. Уже к концу века появилась необходимость их обобщения, что было сделано итальянцем Марчелло Донато</p> <p>Как самостоятельная дисциплина она развивалась медленно в связи с тем, что вскрытие тел умерших долго</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.r</p>

		<p>было запрещено. Только в XVI веке начали накапливать материалы по патологической анатомии болезней, полученные при вскрытии трупов. В 1761 г. вышел в свет труд итальянского анатома Дж. Морганьи (1682—1771) «О месте нахождения и причинах болезней, выявленных анатомом», основанный на результатах 700 вскрытий, часть которых была произведена автором лично. Он попытался установить связь описываемых морфологических изменений с клиническими проявлениями болезней. Благодаря труду Морганьи был сломан догматизм старых школ появилась новая медицина, было определено место патологической анатомии среди клинических дисциплин.</p> <p>2 Микроскопический этап развития патологической анатомии</p> <p>М. Биша (1771 — 1802), Ж. Корвизара (1755—1821) и Ж. Крювелье (1791 —1874), создавшего первый в мире цветной атлас по патологической анатомии.</p> <p>Переломным моментом в развитии патологической анатомии и всей</p>	<p>u/book/ISBN9785970461396.html</p>
--	--	---	--------------------------------------

		<p>медицины можно считать создание, в 1855 г. немецким ученым, Р. Вирховым (1821—1902) теории клеточной патологии. Используя открытие Шлейденом и Шванном клеточного строения организмов, он показал, что материальным субстратом болезни являются клетки.</p> <p>В нашей стране впервые вскрытия начали проводить с 1706_ когда по указу Петра I были организованы медицинские госпитальные школы.</p> <p>Первыми патологоанатомами были руководители клиник Ф. Ф. Керестури, Е. О. Мухин, А. И. Овери др.</p> <p>В годы Советской власти патологоанатомы развернули научные исследования в различных разделах медицины, в частности инфекционных болезнях. Этими работами была оказана большая помощь советскому здравоохранению в ликвидации ряда инфекций (оспа, чума, сыпной тиф и др.). В последующем патологоанатомы разрабатывали и продолжают разрабатывать вопросы ранней диагностики опухолей, много</p>	
--	--	---	--

		<p>внимания уделяют изучению сердечнососудистых и многих других заболеваний, вопросам географической, краевой патологии. Успешно развивается экспериментальная патология.</p> <p>Вирхов – автор теории клеточной патологии.</p> <p>3.Молекулярно-биологический этап.</p> <p>После второй мировой войны патологическая анатомия стала использовать сначала в научных, а с конца 70-х годов и в практических целях молекулярные методы диагностики:</p> <p>иммуногистохимическое исследование, гибридизацию in situ, а в настоящее время DMA- и TMA-анализ.</p> <p>Несомненным лидером в развитии современной патологической анатомии является американская школа. В США выпускаются наиболее престижные научные журналы по патологической анатомии (American journal of surgical pathology, Archives of pathology and lab medicine, Human pathology, Modern pathology и некоторые другие). Крупнейшими</p>	
--	--	---	--

		<p>представителями американской патологии являются Фрэнк Мэллори, Уильям МакКаллум, Артур Стаут.</p> <p>В стране создана патологоанатомическая служба. В каждой больнице имеется патологоанатомическое отделение, возглавляемое заведующим — врачом-патологоанатомом. В крупных городах созданы центральные патологоанатомические лаборатории, организующие работу патологоанатомов. Все умершие в больницах или клиниках медицинских институтов подлежат патологоанатомическому вскрытию. Оно помогает установить правильность клинического диагноза, выявить дефекты в обследовании и лечении больного. Для обсуждения врачебных ошибок, выявляемых при патологоанатомическом вскрытии, и выработки мер по устранению недостатков в лечебной работе организуются кликоанатомические конференции. Материалы патологоанатомических</p>	
--	--	--	--

		<p>конференций обобщаются и способствуют повышению квалификации врачей как клиницистов, так и патологоанатомов.</p> <p>Работа патологоанатомов регламентируется положениями, приказами Министерства здравоохранения РФ и контролируется главным патологоанатомом страны.</p> <p>Советские патологоанатомы объединены Всесоюзным научным обществом, которое регулярно созывает всесоюзные конференции, пленумы и съезды, посвященные актуальным вопросам патологической анатомии; Создано многотомное руководство по патологической анатомии. С 1935г. издается журнал «Архив патологии». Первым его редактором был А. И. Абрикосов. С 1976 г. началось издание реферативного журнала «Общие вопросы патологической анатомии»</p>	
4.	Связь патологической анатомии с фундаментальными и	Патологическая анатомия - фундаментальная медико-биологическая наука, изучающая	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к

	<p>клиническими дисциплинами.</p>	<p>структурные основы патологических процессов и всех болезней человека. Патологическая анатомия изучает и разрабатывает: 1) патологию клетки 2) молекуляр-ные основы, этиологию, патогенез, морфологию и морфогенез патологических процессов и болезней 3) патоморфоз болезней 4) патологический эмбриогенез 5) классификации болезней</p> <p>Задачи патологической анатомии:</p> <p>а) обобщение фактических данных, полученных с помощью различных медико-биологических методов исследования</p> <p>б) изучение типовых патологических процессов</p> <p>в) разработка проблем этиологии, патогенеза, морфогенеза болезней человека</p> <p>г) развитие философско-методологических аспектов биологии и медицины</p> <p>д) формирование теории медицины вообще и учения о болезни в частности</p> <p>Патологическая анатомия является фундаментом всех клинических дисциплин, она разрабатывает и</p>	<p>практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.html</p>
--	-----------------------------------	--	---

		<p>изучает не только морфологическую основу клинического диагноза, но и является теорией медицины в целом.</p> <p>5) Уровни изучения патологических процессов: а)организменный б)органный в)тканевой г)клеточный д)ультраструктурный е) молекулярный</p>	
5.	<p>Патологоанатомическая служба и ее значение в системе здравоохранения.</p>	<p>Патологическая анатомия как важнейшая фундаментальная медико-биологическая наука занимает одно из ведущих мест в системе подготовки высококвалифицированных врачебных кадров. Неотъемлемой частью патологической анатомии является секционно-биопсийный курс (клиническая патанатомия), призванный формировать у студентов выпускного курса представление о патологической анатомии как о важнейшей прикладной дисциплине. Понимание роли и значения современной патологической анатомии будущими врачами будет способствовать более тесному сотрудничеству клинициста</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>

		<p>и патолога и дальнейшему совершенствованию лечебно-диагностической работы.</p> <p>Патологоанатомическая служба в системе здравоохранения выполняет ответственные задачи по прижизненной и посмертной диагностике заболеваний, контролю качества диагностической и лечебной работы в лечебных учреждениях. Проведение прижизненного морфологического исследования - это повседневная практика диагностической работы любого лечебного учреждения и более 80 % всей работы врача-патологоанатома. Прозекторская работа обеспечивает достоверную информацию о причинах смертности населения, неблагоприятных последствиях и осложнениях медицинских вмешательств.</p> <p>Целью секционно-биопсийного курса является создание у студентов выпускного курса представления о секционном и биопсийном разделе патологоанатомической службы, формирование навыков клинико-</p>	
--	--	---	--

		<p>анатомического анализа у будущих врачей.</p> <p>На секционно-биопсийном курсе студенты должны освоить принципы построения патологоанатомического диагноза, изучить объективные и субъективные причины ошибок прижизненной диагностики, категории расхождения диагнозов, правила оформления протокола патологоанатомического вскрытия и медицинского свидетельства о смерти; ознакомиться с основами клинико-анатомической экспертизы, принципами работы комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольной комиссии и правилами проведения клинико-анатомических конференций; освоить методы забора, фиксации материала и правила оформления направления на патогистологическое исследование, получить навыки оценки результатов морфологического исследования.</p>	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП	Результаты обучения по дисциплине
------------------------	-----------------------------------

(компетенции)	
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	3 - основные направления патологической анатомии, традиционные и современные методы патолого-анатомических исследований;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Противочумный костюм состоит из:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1 Комбинезон с капюшоном (косынкой), марлевой маской</p> <p>2 Противочумного и медицинского халатов, резиновых сапог, носков, полотенца, прорезиненного фартука, нарукавников</p>	4 Все перечисленное верно	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-</p>

	<p>3 Двух пар резиновых перчаток и защитных очков 4 Все перечисленное верно 5 Верно Б и В</p>		<p>6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
2.	<p>Имеют право присутствовать на вскрытии:</p> <p>Варианты ответов 1 Родственники умершего, либо их доверенное лицо 2 Врачи отделения, где умер больной 3 Лечащие врачи 4 Все перечисленные 5. Верно, Б и В</p>	5 Верно Б и В	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К особенностям проведения вскрытий трупов при инфекционных болезнях относятся: Варианты ответов 1 Наличие 15-20 литров дезинфицирующих средств и коврика, обильно смоченного дезинфицирующим раствором перед дверью, ведущей в секционную 2 Использование противочумного костюма 3 Возможность накопления и дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола 4 Все перечисленное верно	1. Наличие 15-20 литров дезинфицирующих средств и коврика, обильно смоченного дезинфицирующим раствором перед дверью, ведущей в секционную 3. Возможность накопления и дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1

2.	<p>Посевы для бактериологического исследования производят:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1. Из органов, не извлеченных из трупа, используя стерильный инструмент после прижигания поверхности разреза, укола</p> <p>2. С поверхности органа, до соприкосновения его с нестерильными объектами</p> <p>3. Используя кровь правого предсердия, локтевой вены (до вскрытия черепа)</p> <p>4. Верно А и В</p>	<p>1. Из органов, не извлеченных из трупа, используя стерильный инструмент после прижигания поверхности разреза, укола</p> <p>2. С поверхности органа, до соприкосновения его с нестерильными объектами</p> <p>3. Используя кровь правого предсердия, локтевой вены (до вскрытия черепа)</p>	<p>Казачков Е. Л. Актуальные вопросы патологоанатомической практики: материалы науч.-практ. патологоанатом. конференции Южного Урала с участием патологоанатомов др. регионов России, посвященной 35-летию основания Челябинского обл. патологоанатом. бюро (Челябинск, 22 марта 2019 года) / Е. Л. Казачков. - Челябинск: ЮУГМУ, 2019. - 100 с. - ISBN 9785945072435. - Текст:</p>
----	---	--	---

			электронный // ЭБС "Букап»: [сайт]. - URL: https://www.books-up.ru/ru/book/aktualnye-voprosy-patologoanatomicheskoy-praktiki-
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>Соотнесите методы вскрытия трупа с методами извлечения органов:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1 Отдельных органов</p> <p>2 Органов по системам</p> <p>3 Всего органокомплекса</p> <p>А. по Вирхову</p> <p>Б. полная эвисцерация по Шору</p> <p>В. По Абрикосову</p>	<p>1А</p> <p>2В</p> <p>3Б</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

			9785970461396.htm 1
--	--	--	------------------------

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Больная М., 52 лет, обратилась к врачу на появление на коже рук множественных белых пятен неправильной формы. Пятна – гладкие, не возвышаются над поверхностью кожи.</p> <p>1. Какое заболевание кожи имело место у больной?</p> <p>2. Каковы возможные причины развития данного заболевания?</p> <p>3. Данное заболевание относится к группе гипо- или гиперпигментаций?</p>	<p>1. Витилиго.</p> <p>2. Возрастные нарушения, гиповитаминозы.</p> <p>3. Гипопигментация.</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1</p>
2.	<p>Больная С. 48 лет, обратилась к</p>	<p>1. Пигментный</p>	<p>Патологическая</p>

	<p>врачу с жалобами на наличие множественных, мягких, возвышающихся над окружающей кожей спины коричневатых образований диаметром от 0,3 см до 0,8 см. Произведено удаление новообразований. При гистологическом исследовании в дерме обнаружены гнездные скопления светлых клеток, часть их которых содержит пигмент коричневого цвета.</p> <p>1. Какое новообразование кожи имело место у больной? 2. Это доброкачественное или злокачественное новообразование? 3. Назовите другие разновидности данного новообразования. 4. Назовите пигмент новообразования.</p>	<p>внутридермальный невус. 2. Доброкачественное новообразование. 3. Поверхностный невус, смешанный невус, голубой невус. 4. Пигмент – меланин.</p>	<p>анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1</p>
3.	<p>Больной К., 57 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в размерах родинки и покраснение вокруг нее, которые появились несколько недель назад. При осмотре: Новообразование темно-коричневого</p>	<p>1.Меланома. 2.Злокачественное новообразование. 3.Пигмент – меланин. 4.Метастазы.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и</p>

<p>цвета, мягкое, рыхлое, с красным ореолом вокруг, располагается на коже правого предплечья, подмышечные лимфатические узлы увеличены. Новообразование кожи удалено оперативно. При гистологическом исследовании в дерме (с распространением до подкожной жировой клетчатки) обнаружены скопления полиморфных, атипичных клеток с гиперхромными ядрами, с наличием патологических митозов, в отдельных участках опухоли – как внутри-, так и внеклеточные скопления пигмента темно-коричневого цвета.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое новообразование кожи имело место у больной? 2. Это доброкачественное или злокачественное новообразование? 3. Назовите пигмент новообразования. 4. С чем, по Вашему мнению, может быть связано увеличение лимфатических 		<p>доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
---	--	--

	узлов?		
4.	У больного через 2 мес. после переливания крови развилась желтуха, при пальпации обнаружено увеличение печени, отмечено повышение уровня печеночных трансаминаз, изменения осадочных проб. Произведена пункционная биопсия печени. 1. Какое заболевание развилось у больного? 2. Этиология заболевания? 3. Какие микроскопические изменения обнаружены в пунктате печени? 4. Каковы исходы заболевания?	<p>Ответы:</p> <p>1. вирусный гепатит 2. вирус гепатита В</p> <p>3. некроз печёночных клеток, гидropическая баллонная дистрофия гепатоцитов, тельца Каунсильмена, лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы</p> <p>4. выздоровление, формирование цирроза печени</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm</p> <p>1</p>
5.	Больной длительно страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, осложнившимся эмпиемой плевры. К легочному процессу спустя 6 лет от начала заболевания присоединилась нарастающая почечная недостаточность. Умер от гиперазотемической уремии. 1. О каком туберкулезе идет речь:	<p>1. вторичный туберкулёз</p> <p>2. инфильтративный туберкулёз</p> <p>3. гнойно-некротический, туберкулёзный грануляций, соединительнотканый</p> <p>4. прорыв содержимого</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный</p>

	<p>первичном, гематогенном, вторичном? 2. Какая форма туберкулеза могла предшествовать образованию каверны? 3. Какие слои различают в стенке каверны? 4. Каков механизм развития эмпиемы плевры? 5. Каков путь распространения инфекции в легких? 6. Какой процесс обусловил развитие гиперэотемической уремии?</p>	<p>каверны в плевральную полость 5. бронхогенный 6. амилоидоз</p>	<p>// ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1</p>
--	---	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.</p>	<p>Методы исследования патологической анатомии: 1) вскрытие тел умерших; (аутопсия) 2) биопсия (прижизненное гистологическое исследование, проводящееся с целью диагностики и определения прогноза заболевания). Материал исследования называется «биоптат». В зависимости от способов его получения биопсии различают закрытые и скрытые.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. -</p>

		<p>Закрытые биопсии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пункциональная (в печени, почках, молочных железах, щитовидной железе, лимфатических узлах и т. д.); 2) аспирационная (путем отсасывания из бронхиального дерева); 3) трепанационная (из плотной костной ткани и хрящей); 4) диагностическое выскабливание полости матки, т. е. получение соскобов эндометрия (применяется в акушерстве и гинекологии); 5) гастробиопсия (при помощи гастропиброскопа осуществляется забор слизистой желудка). <p>Скрытые биопсии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) исследование операционного материала (берется весь материал); 2) экспериментальное моделирование болезни <p>По структуре биоптат может быть жидким, твердым или мягким. По срокам биопсия делится на плановую (результат на 6—7е сутки) и</p>	<p>URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	---

		срочную (результат в течение 20 мин, т. е. в момент оперативного вмешательства).	
2.	Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.	Фиксация – физико-химический процесс, обеспечивающий сохранение прижизненной структуры клеток и тканей путем инактивации лизосомальных ферментов - причины аутолиза, ингибирования бактериального и грибкового роста – причины гетеролизиса, коагуляции белков и образования новых связей между биомолекулами. Не существует идеального способа фиксации, подходящего для всех типов микроскопических исследований, все методы фиксации приводят в той или иной степени к образованию артефактов. Следует подчеркнуть, что основная причина неудачного окрашивания (особенно иммуногистологического) заключается в неадекватной фиксации.	Казачков Е. Л. Актуальные вопросы патологоанатомической практики: материалы науч.-практ. патологоанатом. конференции Южного Урала с участием патологоанатомов др. регионов России, посвященной 35-летию основания Челябинского обл. патологоанатом. бюро (Челябинск, 22 марта 2019 года) / Е. Л. Казачков. - Челябинск: ЮУГМУ, 2019. - 100 с. - ISBN 9785945072435. - Текст: электронный // ЭБС "Букап»:

		<p>Выделяют два основных способа фиксации материала: химический, заключающийся в помещении образцов ткани в раствор фиксатора, и термический, подразумевающий нагревание биологических образцов (как правило, бактериальных мазков). Заморозка образцов при температуре -80 – -190°С сама по себе не является методом фиксации, так как требует в дальнейшем фиксации замороженных срезов непосредственно перед окрашиванием химическим способом. Химическая фиксация предполагает дальнейшую проводку материала и заливку в парафин (реже в целлоидин, желатин и т.п.) или синтетические смолы. Кусочки (фрагменты) органов и тканей, взятые с диагностической целью (диагностические биопсии), органы и ткани, удаленные</p>	<p>[сайт]. - URL: https://www.books-up.ru/ru/book/aktualnye-voprosy-patologoanatomicheskoy-praktiki-11041026/</p>
--	--	--	---

		<p>при хирургических операциях (операционные биопсии), а так же последы и самопроизвольно выделившиеся у пациента кусочки ткани подлежат обязательному направлению на патологоанатомическое (патогистологическое) исследование.</p> <p>Категорически запрещается делить материал на части для одновременного направления в разные патологоанатомические учреждения (подразделения). В подобных случаях морфологические изменения, характерные для данного патологического процесса, могут оказаться только в одной части объекта, а, следовательно, и результаты исследования будут различны. Это может дезориентировать лечащих врачей и нанести вред больному.</p> <p>Материал для</p>	
--	--	--	--

		<p>патогистологического исследования доставляется с направлением на патогистологическое исследование (форма 014/У или компьютерная форма лечебно-профилактического учреждения), которое заполняется лечащим врачом или врачом, осуществляющим забор материала для исследования. Вместо формы 014/У допускается использование специально разработанных компьютерных бланков, особенно при наличии в медицинской организации компьютерной сети.</p> <p>Направление на патогистологическое исследование заполняется в двух экземплярах под копирку (если не используется компьютерная технология). В карту амбулаторного или стационарного больного лечащим врачом или врачом</p>	
--	--	--	--

		осуществлявшем забор материала для исследования, вносится запись о дате и методе забора материала.	
3.	Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.	<p>Методы исследования патологической анатомии:</p> <p>1) вскрытие тел умерших; (аутопсия)</p> <p>2) биопсия (прижизненное гистологическое исследование, проводящееся с целью диагностики и определения прогноза заболевания).</p> <p>Материал исследования называется «биоптат». В зависимости от способов его получения биопсии различают закрытые и открытые.</p> <p>Закрытые биопсии:</p> <p>1) функциональная (в печени, почках, молочных железах, щитовидной железе, лимфатических узлах и т. д.);</p> <p>2) аспирационная (путем отсасывания из бронхиального дерева);</p> <p>3) трепанационная (из плотной костной ткани и хрящей);</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

		<p>4) диагностическое выскабливание полости матки, т. е. получение соскобов эндометрия (применяется в акушерстве и гинекологии);</p> <p>5) гастробиопсия (при помощи гастрофиброскопа осуществляется забор слизистой желудка).</p> <p>Скрытые биопсии:</p> <p>1) исследование операционного материала (берется весь материал);</p> <p>2) экспериментальное моделирование болезни</p> <p>По структуре биоптат может быть жидким, твердым или мягким. По срокам биопсия делится на плановую (результат на 6—7е сутки) и срочную (результат в течение 20 мин, т. е. в момент оперативного вмешательства).</p>	
4.	Задачи, методы клинической патологической анатомии.	Патологоанатомическая служба в системе здравоохранения выполняет ответственные задачи по прижизненной и	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев,

		<p>посмертной диагностике заболеваний, контролю качества диагностической и лечебной работы в лечебных учреждениях. Проведение прижизненного морфологического исследования - это повседневная практика диагностической работы любого лечебного учреждения и более 80 % всей работы врача-патологоанатома.</p> <p>Методы исследования в патологической анатомии. Аутопсия. Значение изучения трупного материала, субстратов, полученных от больных при жизни, экспериментального материала. Гистологическое исследование. Цитологическое исследование. Обычные и специальные методы окраски. Гистохимия. Иммуногистохимия.</p>	<p>Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	--

		<p>Электронная микроскопия.</p> <p>Объектами изучения патологической анатомии являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • трупы лиц, умерших от болезней, а в военное время – и от боевой травмы; • ткани, взятые от живых лиц при хирургических вмешательствах и пункциях (сюда относят исследования материала, взятого с диагностической целью – диагностические биопсии, а также исследования операционного материала с целью проверки и уточнения клинического диагноза); • ткани, взятые от животных с экспериментально вызванным патологическим процессом. <p>Методы изучения патологической анатомии можно разделить на две группы: основные и дополнительные.</p> <p>К основным морфологическим методам исследования относятся:</p>	
--	--	---	--

		<p>– макроскопический (осмотр и изучение невооруженным глазом);</p> <p>– микроскопический.</p> <p>Дополнительными методами исследования являются химический (гистохимия, иммуногистохимия и др.), физический (гистоауторадиография, рентгенография, рентгенструктурный анализ, УЗИ и др.), биологический (бактериологические, гематологические методики, метод тканевых культур и др.).</p> <p>Аутопсия (вскрытие умерших)</p> <p>Слово "аутопсия" означает в переводе "смотреть кого-либо". Значение вскрытий велико и они используются для:</p> <p>– научно-познавательного процесса. Именно благодаря вскрытиям был выявлен морфологический субстрат и динамика развития</p>	
--	--	---	--

		<p>большинства заболеваний, созданы предпосылки для современных классификаций заболеваний;</p> <ul style="list-style-type: none"> – контроля качества постановки диагноза и лечения; – обучения студентов и клиницистов; – выявления инфекционных заболеваний и проведения соответствующих санитарно-эпидемиологических мероприятий; – определения танатогенеза: в случаях обнаружения признаков насильственной смерти вскрытие приобретает значение судебно-медицинского; – обнаружения и изучения впервые выявленных заболеваний. <p>Цитологический метод. Исследования при помощи световой микроскопии мазков, отпечатков, соскобов, препаратов, приготовленных</p>	
--	--	---	--

		<p>из отделяемого, смывов из органов крови, материала полученного при биопсии, являются наиболее доступным, быстрым, дешевым и безопасным для лабораторных работников методом исследования материала на наличие у больного вирусной инфекции. После нанесения материала на предметное стекло препарат высушивают, фиксируют и окрашивают. Различают методы окраски для обзорных целей, применяемые для получения общего представления о морфологии ткани или органа, и специальные, предназначенные для выявления определенных элементов клетки или ткани (например, комплекса Гольджи, митохондрий, эластических волокон соединительной ткани и т. д.). Ниже рассматриваются лишь некоторые методы окрашивания для обзорных</p>	
--	--	--	--

		<p>целей. Суть их обычно заключается в том, что при этом окрашиваются ядра и каким-то контрастным красителем — цитоплазма. Специальные: для липидов – Судан 3, для тубика – Циль-Нильсен.</p> <p style="text-align: center;">Микроскопия Световая</p> <p>микроскопия имеет ограничения: при увеличении более 1200 проявляется эффект деформации преломления для световых волн различной длины, в результате чего изображение теряет четкость и становится размытым.</p> <p style="text-align: center;">Электронная микроскопия</p> <p>Различают три основных типа электронной микроскопии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Трансмиссионная • Сканирующая • Аналитическая <p>электронная микроскопия</p>	
--	--	---	--

		<p style="text-align: center;">Иммуногистохимия</p> <p style="text-align: center;">Ценность</p> <p>иммуногистохимии заключается в том, что она базируется на строго специфических реакциях между диагностическими антителами и комплементарными им антигенами. При иммуногистохимическом исследовании ткань обычно обрабатывают антителами к антигену, который хотят в ней выявить. Затем ткань обрабатывают антителами к диагностическим антителам. Эти антитела содержат либо краситель, либо фермент, которые затем могут быть легко выявлены.</p> <p>С помощью данной технологии можно определять: гормоны, рецепторы, вирусы.</p> <p style="text-align: center;">Гистохимия</p> <p style="text-align: center;">Гистохимические</p> <p>исследования используются для определения в тканях</p>	
--	--	---	--

		<p>различных веществ. На самом деле обычная окраска гематоксилином и эозином является также гистохимическим методом. В настоящий момент разработано огромное количество красителей, специфически окрашивающих различные компоненты, входящие в состав клеток: ферменты, различные классы жиров, белки и гликопротеины, металлы, углеводы. Например: окраска по методу Ван-Гизон на коллагеновые волокна, альциановым синим на кислые гликозаминогликаны, импрегнация солями нитрата серебра по методу Гамори на ретикулярные волокна и т.д.</p>	
5.	Методы патологической анатомии.	<p>Методы исследования в патологической анатомии. Аутопсия. Значение изучения трупного материала, субстратов, полученных от больных при жизни, экспериментального</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и</p>

		<p>материала. Гистологическое исследование. Цитологическое исследование. Обычные и специальные методы окраски. Гистохимия. Иммуногистохимия. Электронная микроскопия. Объектами изучения патологической анатомии являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • трупы лиц, умерших от болезней, а в военное время – и от боевой травмы; • ткани, взятые от живых лиц при хирургических вмешательствах и пункциях (сюда относят исследования материала, взятого с диагностической целью – диагностические биопсии, а также исследования операционного материала с целью проверки и уточнения клинического диагноза); • ткани, взятые от животных с экспериментально вызванным патологическим процессом. <p>Методы изучения</p>	<p>доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	--

		<p>патологической анатомии можно разделить на две группы: основные и дополнительные.</p> <p>К основным морфологическим методам исследования относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> – макроскопический (осмотр и изучение невооруженным глазом); – микроскопический. <p>Дополнительными методами исследования являются химический (гистохимия, иммуногистохимия и др.), физический (гистоауторадиография, рентгенография, рентгенструктурный анализ, УЗИ и др.), биологический (бактериологические, гематологические методики, метод тканевых культур и др.).</p> <p>Аутопсия (вскрытие умерших)</p> <p>Слово "аутопсия" означает в переводе "смотреть кого-либо". Значение вскрытий велико и они используются</p>	
--	--	--	--

		<p>для:</p> <ul style="list-style-type: none"> – научно-познавательного процесса. Именно благодаря вскрытиям был выявлен морфологический субстрат и динамика развития большинства заболеваний, созданы предпосылки для современных классификаций заболеваний; – контроля качества постановки диагноза и лечения; – обучения студентов и клиницистов; – выявления инфекционных заболеваний и проведения соответствующих санитарно-эпидемиологических мероприятий; – определения танатогенеза: в случаях обнаружения признаков насильственной смерти вскрытие приобретает значение судебно-медицинского; – обнаружения и 	
--	--	--	--

		<p>изучения впервые выявленных заболеваний.</p> <p>Цитологический метод.</p> <p>Исследования при помощи световой микроскопии мазков, отпечатков, соскобов, препаратов, приготовленных из отделяемого, смывов из органов крови, материала, полученного при биопсии, являются наиболее доступным, быстрым, дешевым и безопасным для лабораторных работников методом исследования материала на наличие у больного вирусной инфекции.</p> <p>После нанесения материала на предметное стекло препарат высушивают, фиксируют и окрашивают. Различают методы окраски для обзорных целей, применяемые для получения общего представления о морфологии ткани или органа, и специальные, предназначенные для выявления определенных элементов клетки или ткани</p>	
--	--	--	--

		<p>(например, комплекса Гольджи, митохондрий, эластических волокон соединительной ткани и т. д.). Ниже рассматриваются лишь некоторые методы окрашивания для обзорных целей.</p> <p>Суть их обычно заключается в том, что при этом окрашиваются ядра и каким-то контрастным красителем — цитоплазма.</p> <p>Специальные: для липидов — Судан 3, для тубика — Циль-Нильсен.</p> <p style="text-align: center;">Микроскопия Световая</p> <p>микроскопия имеет ограничения: при увеличении более 1200 проявляется эффект деформации преломления для световых волн различной длины, в результате чего изображение теряет четкость и становится размытым.</p> <p style="text-align: center;">Электронная микроскопия</p>	
--	--	---	--

		<p>Различают три основных типа электронной микроскопии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Трансмиссионная • Сканирующая • Аналитическая <p>электронная микроскопия</p> <p>Иммуногистохимия</p> <p>Ценность иммуногистохимии заключается в том, что она базируется на строго специфических реакциях между диагностическими антителами и комплементарными им антигенами. При иммуногистохимическом исследовании ткань обычно обрабатывают антителами к антигену, который хотят в ней выявить. Затем ткань обрабатывают антителами к диагностическим антителам. Эти антитела содержат либо краситель, либо фермент, которые затем могут быть легко выявлены.</p> <p>С помощью данной технологии можно</p>	
--	--	--	--

		<p>определять: гормоны, рецепторы, вирусы. Гистохимия</p> <p>Гистохимические исследования используются для определения в тканях различных веществ. На самом деле обычная окраска гематоксилином и эозином является также гистохимическим методом. В настоящий момент разработано огромное количество красителей, специфически окрашивающих различные компоненты, входящие в состав клеток: ферменты, различные классы жиров, белки и гликопротеины, металлы, углеводы. Например: окраска по методу Ван-Гизон на коллагеновые волокна, альциановым синим на кислые гликозаминогликаны, импрегнация солями нитрата серебра по методу Гамори на ретикулярные волокна и т.д.</p>	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	4 - понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни, нозологии, принципы классификации болезней;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Варианты ответов</p> <p>1. Диагнозу основного заболевания или первого заболевания в комбинированном</p> <p>2 . Важнейшим осложнением, существенно изменившим течение основного заболеваний или явившимся причиной смерти</p> <p>3. Второму заболеванию в</p>	5. Все перечисленное верно	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,

	<p>комбинированном основном (при наличии двух конкурирующих, сочетанных, основного с фоновым)</p> <p>4. Нозологическому, этиологическому принципу и по локализации процесса</p> <p>5. Все перечисленное верно</p>		<p>2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
2.	<p>В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1. Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар</p> <p>2. Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар</p> <p>3. Состояния, указанные в амбулаторной карте</p> <p>4. Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью</p> <p>5. Все указанное верно</p>	<p>4. Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL :</p>

			https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Рубрики патологоанатомического диагноза включают в себя:</p> <p>Варианты ответов</p> <p>1. Основное заболевание (первоначальная причина смерти)</p> <p>2. Осложнения</p> <p>3. Сопутствующие заболевания</p>	<p>1. Основное заболевание (первоначальная причина смерти)</p> <p>2. Осложнения</p> <p>3. Сопутствующие заболевания</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов основных заболеваний выделяют:</p>	<p>1. Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл.</p>

	<p>Варианты ответов</p> <p>1. Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования</p> <p>2. Недоучет клинических и лабораторных данных</p> <p>3 Переоценку клинических и лабораторных данных</p> <p>4 Все перечисленное верно</p>	<p>2. Недоучет клинических и лабораторных данных</p>	<p>ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
	<p>Установите последовательность/Сопоставьте понятия</p>		
<p>1.</p>	<p>1. Местные факторы в патогенезе язвенной болезни желудка включают нарушение</p> <p>2. Общие факторы в патогенезе язвенной болезни желудка включают нарушение</p> <p>А. Слизистого барьера</p> <p>Б. Эндокринной регуляции</p> <p>В. Кислотно-пептического</p>	<p>1-АВ</p> <p>2-БГ</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный //</p>

равновесия		ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm
Г. Нервной регуляции		1

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	В период эпидемии гриппа в клинику поступил больной с жалобами на озноб, повышение температуры до 40С, головную боль, кашель, выраженную одышку. В легких определялись влажные хрипы. Несмотря на проводимое лечение, через 3 дня наступила смерть от легочно-сердечной недостаточности. 1. От какого заболевания наступила смерть больного? 2. О какой форме	1.грипп 2.тяжелая форма с лёгочными осложнениями 3.фибринозно-геморрагический или некротический трахеит 4.большое пёстрое лёгкое 5.нагноение, некроз, геморрагии, ателектаз, эмфизема	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц -

	<p>заболевания следует думать? 3. Какой вид воспаления обнаружен на вскрытии в трахее? 4. Какой макроскопический вид имели легкие? 5. С какими процессами в легочной ткани связан такой вид легких?</p>		<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL : https://www.rusmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>У больного, страдающего пороком сердца с явлениями хронической сердечной недостаточности с выраженным отеком нижних конечностей, при попытке подняться с постели внезапно появилась синюшность лица и наступила смерть. 1. Какое осложнение возникло у больного? 2. Какие изменения</p>	<p>1.Тромбоэмболия легочной артерии. 2.Тромбоз вен. 3. Остановка сердца вследствие пульмокоронарного рефлекса.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. ,</p>

	можно обнаружить в нижних конечностях, имеющие отношения к смерти? 3. Каков механизм смерти?		перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html
3.	У больного, живущего в горном районе Грузии, увеличение щитовидной железы, что привело к расстройству, затрудненному глотанию, расширению подкожных вен на передней поверхности шеи. 1. Какое	1.Эндемический зоб 2. Недостаток йода 3. Увеличена, плотная, с бугристой или гладкой поверхностью 4. Коллоидный или паренхиматозный	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство

	<p>заболевание щитовидной железы развилось у больного? 2. Какова причина и патогенез заболевания? 3. Какие макроскопические щитовидной железы характерны для этого заболевания? 4. Какие изменения щитовидной железы определяются при микроскопическом ее исследовании?</p>		<p>/ гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
4.	<p>Больному удалена доля легкого по поводу хронического бронхита, осложнившегося развитием бронхоэктазов. При</p>	<p>1. Метаплазия. 2. Хроническое воспаление. 3. К развитию опухоли.</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия:</p>

	<p>гистологическом исследовании удаленного легкого в стенке бронхов найдено хроническое воспаление, слизистая оболочка бронхов покрыта многослойным плоским эпителием. 1. Как называется процесс, характеризующий изменения эпителия бронхов? 2. Что способствовало развитию этого процесса? 3. К чему он может привести?</p>		<p>национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rusmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
5.	<p>Больная с ожирением, развившимся вследствие</p>	<p>1.Жировая дистрофия. 2.Инфильтрация, трансформация.</p>	<p>Пальцев, М. А.</p>

	<p>неподвижного образа жизни и употребления большого количества пищи, богатой жирами и углеводами, жалуется на чувство тяжести в правом подреберье, иногда тошноту и горечь во рту. Пальпируется увеличенная печень. 1. Какой процесс развился в печени? 2. Каковы морфогенетические механизмы его развития? 3. Какие микроскопические изменения можно обнаружить в пунктате печени у этой больной? 4. Какой окраской следует воспользоваться для определения этих изменений?</p>	<p>3. Наличие каплей жира в цитоплазме гепатоцитов, преимущественно в периферических отделах долек. 4. Судан III</p>	<p>Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.</p>
--	---	--	---

			html
--	--	--	------

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Диффузный и узловой зоб. Патогенез, функциональное состояние железы. Диффузный нетоксический (простой) зоб: эндемический, спорадический. Мультинодулярный зоб. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы.</p>	<p>Под термином "зоб" понимают увеличение щитовидной железы, вызванное врожденными нарушениями биосинтеза тиреоидного гормона, дефицитом йода в пище, зобогенными веществами. В зависимости от причины, его вызывающей, зоб может быть эутиреоидным, гипотиреоидным или гипертиреоидным. Врожденный дефект синтеза тиреоидного гормона встречается редко и приводит к развитию врожденного зоба. Когда развивается недостаточность тиреоидного гормона, гипофиз усиливает секрецию тиротропина. Последний стимулирует фолликулярный эпителий щитовидной железы, который в дальнейшем подвергается гиперплазии. Дефицит йода также вызывает уменьшение концентрации</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента":</p>

		<p>тиреоидного гормона, увеличение секреции тиротропина и гипертрофию щитовидной железы. Профилактика дефицита йода обеспечивается приемом в пищу йодированной поваренной соли. Однако в некоторых регионах мира, обычно удаленных от моря, у 50 % населения встречается эндемический зоб.</p> <p>Зобогенные вещества (некоторые лекарства и пищевые продукты) влияют на продукцию тиреоидного гормона и таким образом вызывают развитие зоба.</p> <p>Нетоксический узловой зоб представляет собой увеличение щитовидной железы, обусловленное повторной или непрерывной гиперплазией в ответ на дефицит тиреоидного гормона.</p> <p>Комбинация узловатости, местной гиперплазии и дистрофических изменений составляют сущность узлового зоба.</p> <p>При нетоксическом узловом зобе щитовидная железа может достигать гигантских размеров (масса 250 г и более), распространяясь за грудиной, и вызывать затруднение</p>	<p>[сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
--	--	---	---

		<p>дыхания. Хотя при узловом зобе поражается вся щитовидная железа, узлы могут располагаться асимметрично, либо один узел может доминировать, симулируя опухоль.</p> <p>Диффузный токсический зоб — наиболее распространенное заболевание, сопровождающееся гипертиреозом. Кроме того, гипертиреоз бывает при функционирующих аденомах или карциномах щитовидной железы, опухолях гипофиза, секретирующих тиротропин, и хориокарциномах, выделяющих тиро-тропинподобные вещества.</p> <p>Патогенез диффузного токсического зоба неизвестен, хотя и предполагают, что роль пусковых играют иммунные механизмы. Повышение активности щитовидной железы связывают с появлением тиростимулирующих иммуноглобулинов. Чаще всего заболевают молодые женщины, у которых появляются нервозность, тахикардия, потливость, потеря массы тела. Нередко развивается экзофтальм. Уровень тиротропина низкий или он не определяется вовсе.</p>	
--	--	--	--

		<p>Для диффузного токсического зоба характерно симметричное в 2—4 раза увеличение щитовидной железы. Микроскопически наблюдается диффузная, выраженная гиперплазия фолликулярного эпителия. Фолликулы мелкие и содержат жидкий коллоид. Фолликулярные клетки высокие, с увеличенными ядрами, образуют сосочковые разрастания внутри фолликула. В строме железы увеличено количество сосудов, она пронизана лимфоцитарным инфильтратом.</p>	
2.	<p>Болезни предстательной железы. Болезни предстательной железы: классификация. Воспалительные заболевания. Простатиты: острый бактериальный, хронический. Этиология, морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы.</p>	<p>Простатит – воспаление предстательной железы – довольно частое заболевание мужчин в период активной половой жизни. Различают острый и хронический простатит. Острый простатит, вызываемый чаще всего кокковой флорой, морфологически представлен тремя формами – катаральной, фолликулярной и паренхиматозной, которые можно рассматривать как стадии острого процесса. При катаральной форме возникают гнойный катар протоков</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-</p>

		<p>простатических желез, полнокровие сосудов и отек интерстиция железы. Эта форма обычно переходит в фолликулярную, при которой к изменениям протоков присоединяются очаги воспалительной инфильтрации желез. При паренхиматозной форме лейкоцитарная инфильтрация становится диффузной; появляются абсцессы и очаги грануляций.</p> <p>При хроническом простатите, развитие которого связано с различными инфекциями (гонококк, трихомонады, хламидии, микопlasма, микобактерии, грибы), преобладают лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, разрастание грануляционной и рубцовой ткани; в ряде случаев появляются гранулемы.</p> <p>Атрофия желез сочетается с пролиферацией и метаплазией эпителия протоков, что ведет к образованию кривозных и папиллярных структур.</p>	<p>Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальн ые руководства ") - ISBN 978-5-9704- 3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.r osmedlib.ru/b ook/ISBN978 5970431542. html</p>
--	--	--	---

		<p>Осложнением простатита, особенно хронического, является рецидивирующая инфекция мочевого тракта.</p> <p>Исход хронического простатита зависит от этиологии и формы заболевания, состояния макроорганизма и характера лечения. При раннем начале лечения с применением комплексных методов во многих случаях хронического простатита, особенно при катаральной форме его, достигается полное и стойкое клиническое выздоровление и восстановление всех функций этого органа. При более позднем начале терапии, особенно в случаях с выраженной инфильтрацией паренхимы железы, с помощью продолжительных и настойчивых лечебных мероприятий можно добиться гибели микроорганизмов, вызвавших первоначальное воспаление предстательной железы. Но излечение при этом не является</p>	
--	--	---	--

		полным, так как инфильтрат имеет выраженную тенденцию к организации, в результате чего наступают частичная гибель паренхимы органа и замещение ее рубцовой тканью.	
3.	Цирроз печени. Патоморфологические признаки и морфологическая классификация цирроза. Этиологическая классификация цирроза. Клинико-морфологическая характеристика важнейших типов цирроза. Желтуха. Классификация, причины и механизмы развития желтухи. Холестаз. Билиарный цирроз (первичный, вторичный).	Цирроз печени – хроническое заболевание, характеризующееся нарастающей печеночной недостаточностью в связи с рубцовым сморщиванием и структурной перестройкой печени. Термин "цирроз печени" ввел Р. Лаэннек (1819), имея в виду особенности морфологических изменений печени (плотная бугристая печень рыжего цвета). Этиология. В зависимости от причины, ведущей к развитию цирроза, различают: 1. инфекционный (вирусный гепатит, паразитарные заболевания печени, инфекции желчных путей); 2. токсический и токсико-	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства

		<p>аллергический (алкоголь, промышленные и пищевые яды, лекарственные вещества, аллергены);</p> <p>3. билиарный (холангит, холестаза разной природы);</p> <p>4. обменно-алиментарный (недостаточность белков, витаминов, липотропных факторов, циррозы накопления при наследственных нарушениях обмена);</p> <p>5. циркуляторный (хронический венозный застой в печени);</p> <p>6. криптогенный циррозы.</p> <p>Основное клиническое значение в настоящее время имеют вирусный, алкогольный и билиарный циррозы печени. Вирусный цирроз печени развивается обычно после гепатита типа В, а алкогольный, как правило, после множественных атак алкогольного гепатита. В развитии первичного билиарного цирроза придают значение как аутоиммунной реакции в отношении эпителия внутрипеченочных желчных протоков, так и нарушению обмена</p>	<p>") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.osmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	--

		<p>желчных кислот; не исключается также связь с вирусным гепатитом (холестатическая форма) и влияние лекарственных средств.</p> <p>Патологическая анатомия.</p> <p>Характерными изменениями печени при циррозе являются дистрофия и некроз гепатоцитов, извращенная регенерация, диффузный склероз, структурная перестройка и деформация органа.</p> <p>Печень при циррозе плотная и бугристая, размеры ее чаще уменьшены, реже – увеличены.</p> <p>Макроскопически выделяют виды цирроза: неполный септальный, мелкоузловой, крупноузловой и смешанный. При неполном септальном циррозе узлы_регенераторы отсутствуют, паренхиму печени пересекают тонкие септы. При мелкоузловом — узлы регенераторы одинаковой величины (не более 1 см) и имеют монолобулярное строение, септы в них узкие. При крупноузловом</p>	
--	--	--	--

		<p>циррозе узлы больших размеров (до 5 см).</p> <p>Морфогенез.</p> <p>Ключевым моментом в генезе цирроза являются дистрофия (гидропическая, баллонная, жировая) и некроз гепатоцитов, возникающие в связи с воздействием различных факторов. Гибель гепатоцитов ведет к усиленной их регенерации (митозы, amitozы) и появлению узлов-регенератов (ложных долек), окруженных со всех сторон соединительной тканью.</p> <p><u>Различают три морфогенетических типа цирроза: постнекротический, порталный и смешанный.</u></p> <p>Постнекротический цирроз развивается в результате массивных некрозов печеночной паренхимы. В участках некроза происходят коллапс ретикулярной стромы и разрастание соединительной ткани (цирроз после коллапса), образующей широкие фиброзные поля. В результате коллапса стромы происходит</p>	
--	--	---	--

		<p>сближение портальных триад и центральных вен, в одном поле зрения обнаруживается более трех триад, что считается патогномоничным морфологическим признаком постнекротического цирроза. Ложные дольки состоят в основном из новообразованной печеночной ткани, они содержат множество многоядерных печеночных клеток. Характерны белковая дистрофия и некроз гепатоцитов, липиды в печеночных клетках обычно отсутствуют. Нередко встречаются пролиферация холангиол, картина холестаза. Печень при постнекротическом циррозе плотная, уменьшена в размерах, с крупными узлами, разделенными широкими и глубокими бороздками (крупноузловой или смешанный цирроз).</p> <p>Постнекротический цирроз развивается быстро (иногда в течение нескольких месяцев), связан с</p>	
--	--	---	--

		<p>разнообразными причинами, ведущими к некрозу ткани печени, но чаще это – токсическая дистрофия печени, вирусный гепатит с обширными некрозами, редко – алкогольный гепатит. Для него характерны ранняя печеночно-клеточная недостаточность и поздняя портальная гипертензия.</p> <p>Портальный цирроз формируется вследствие вклинивания в дольки фиброзных септ из расширенных и склерозированных портальных и перипортальных полей, что ведет к соединению центральных вен с портальными сосудами и появлению мелких (монолобулярных) ложных долек. Портальный цирроз развивается медленно (в течение многих лет), главным образом при хроническом алкоголизме (алкогольный цирроз) и обменно-алиментарных нарушениях, так называемом пищевом дисбалансе {"пищевой" цирроз). Истинным портальным циррозом является</p>	
--	--	--	--

		<p>первичный билиарный цирроз, в основе которого лежат негнойный деструктивный (некротический) холангит и холангиолит. Эпителий мелких желчных протоков некротизирован, стенка их и соединительная ткань, окружающая протоки, инфильтрированы лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами. Нередко отмечается образование саркоидоподобных гранул из лимфоцитов, эпителиоидных и гигантских клеток. Печень при первичном билиарном циррозе увеличена, плотна, на разрезе серозеленая, поверхность ее гладкая или мелкозернистая.</p> <p>Помимо первичного, выделяют вторичный билиарный цирроз, который связан с обструкцией внепеченочных желчных путей (камень, опухоль), что ведет к холестазу (холестатический цирроз), либо с инфекцией желчных путей и развитием бактериального, обычно</p>	
--	--	---	--

		<p>гнойного, холангита и холангиолита (холангиолитический цирроз). Для вторичного билиарного цирроза характерны расширение и разрывы желчных капилляров, "озера желчи", явления холангита и перихолангита, развитие соединительной ткани в перипортальных полях и внутри долек с рассечением последних и формированием псевдодоек (цирроз портального типа). Печень при этом увеличена, плотна, зеленого цвета, на разрезе с расширенными, переполненными желчью протоками.</p> <p>Смешанный цирроз обладает признаками как постнекротического, так и портального цирроза. Формирование смешанного цирроза связано в одних случаях с присоединением массивных некрозов печени (чаще дисциркуляторного генеза) к изменениям, свойственным портальному циррозу, в других – с наложением мезенхимально-клеточной реакции на очагово-некротические изменения,</p>	
--	--	--	--

		<p>характерные для постнекротического цирроза, что ведет к образованию септ и "дроблению" долек.</p> <p>При циррозе печени весьма характерны внепеченочные изменения: желтуха и геморрагический синдром как проявление гепатоцеллюлярной недостаточности, холестаза и холемии, склероз (иногда атеросклероз) воротной вены как следствие портальной гипертензии, расширение и истончение portoкавальных анастомозов (вены пищевода, желудка, геморроидальные, передней стенки живота), асцит.</p>	
4.	<p>Атеросклероз и артериосклероз. Общие данные (эпидемиология, факторы риска). Современные представления об этиологии и патогенезе атеросклероза. Морфологическая характеристика и стадии атеросклероза, строение</p>	<p>Атеросклероз – хроническое заболевание, возникающее в результате нарушения жирового и белкового обмена, характеризующееся поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового отложения в интиме липидов и •белков и реактивного разрастания</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практически м занятиям :</p>

	<p>атеросклеротической бляшки. Органные поражения при атеросклерозе. Артериосклероз (болезнь Менкеберга), морфологическая характеристика.</p>	<p>соединительной ткани. Следует отличать атеросклероз от артериосклероза, которым обозначают склероз артерий независимо от причины и механизма его развития. Атеросклероз является лишь разновидностью артериосклероза, отражающей нарушения метаболизма липидов и белков (метаболический артериосклероз). В зависимости от этиологических, патогенетических и морфологических признаков различают следующие виды артериосклероза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. атеросклероз (метаболический артериосклероз) 2. артериосклероз, или гиалиноз (например, при гипертонической болезни) 3. воспалительный артериосклероз (например, сифилитический, туберкулезный) 4. аллергический артериосклероз (например, при узелковом периартериите) 5. токсический артериосклероз (например, адреналиновый) 6. первичный кальциноз средней 	<p>учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.html</p>
--	---	--	--

		<p>оболочки артерий (медиакальциноз Менкеберга)</p> <p>7. возрастной (старческий) атеросклероз.</p> <p>Этиология.</p> <p>В развитии атеросклероза наибольшее значение имеют следующие факторы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обменные (экзои эндогенные) 2. гормональные 3. гемодинамический 4. нервный 5. сосудистый 6. наследственные и этнические. <p>Среди обменных факторов основное значение имеют нарушения жирового и белкового обмена, прежде всего холестерина и липопротеидов.</p> <p>Гиперхолестеринемии придавалась чуть ли не ведущая роль в этиологии атеросклероза. Однако в дальнейшем было доказано, что избыток экзогенного холестерина у человека во многих случаях не приводит к развитию атеросклероза, корреляция между гиперхолестеринемией и выраженностью морфологических изменений, свойственных атеросклерозу, отсутствует.</p>	
--	--	---	--

		<p>В основе обменных нарушений при атеросклерозе лежит дислипотеидемия с преобладанием ЛПОНП и ЛПНП, что ведет к нерегулируемому клеточному обмену холестерина (рецепторная теория атеросклероза Гольдштейна и Брауна), появлению так называемых пенистых клеток в интима артерий, с которыми связано образование атеросклеротических бляшек.</p> <p>Значение гормональных факторов в развитии атеросклероза несомненно. Так, сахарный диабет и гипотиреоз способствуют, а гипертиреоз и эстрогены препятствуют развитию атеросклероза. Имеется прямая связь между ожирением и атеросклерозом. Несомненна и роль гемодинамического фактора (артериальная гипертензия, повышение сосудистой проницаемости) в атерогенезе. Независимо от характера гипертонии при ней отмечается усиление атеросклеротического процесса. При гипертонии атеросклероз развивается даже в венах (в легочных венах – при гипертензии</p>	
--	--	---	--

		<p>малого круга, в воротной вене-при портальной гипертензии).</p> <p>Исключительная роль в этиологии атеросклероза отводится нервному фактору – стрессовым и конфликтным ситуациям, с которыми связано психо-эмоциональное перенапряжение, ведущее к нарушению нейроэндокринной регуляции жиробелкового обмена и вазомоторным расстройствам (нервно-метаболическая теория атеросклероза А. Л. Мясникова).</p> <p>Роль наследственных факторов в атеросклерозе доказана (например, атеросклероз у молодых людей при семейной гиперлипопротеидемии, отсутствии апорецепторов).</p> <p>Атеросклеротический процесс проходит определенные стадии (фазы), которые имеют макроскопическую и микроскопическую характеристику (морфогенез атеросклероза).</p> <p>При макроскопическом исследовании различают следующие виды атеросклеротических изменений, отражающие динамику процесса:</p>	
--	--	--	--

		<p>1. жировые пятна или полосы; 2. фиброзные бляшки; 3. осложненные поражения, представленные фиброзными бляшками с изъязвлением, кровоизлияниями и наложениями тромботических масс; 4. кальциноз, или атерокальциноз.</p> <p>Жировые пятна или полосы – это участки желтого или желто-серого цвета (пятна), которые иногда сливаются и образуют полосы, но не возвышаются над поверхностью интимы. Они содержат липиды, выявляемые при тотальной окраске сосуда красителями на жиры, например Суданом</p> <p>Фиброзные бляшки – плотные, овальные или круглые, белые или бело-желтые образования, содержащие липиды и возвышающиеся над поверхностью интимы. Часто они сливаются между собой, придают внутренней поверхности сосуда бугристый вид и резко суживают его просвет (стенозирующий атеросклероз). Наиболее часто фиброзные бляшки наблюдаются в брюшной аорте, в отходящих от аорты ветвях, в</p>	
--	--	--	--

		<p>артериях сердца, мозга, почек, нижних конечностей, сонных артериях и др. Чаще поражаются те участки сосудов, которые испытывают гемодинамическое (механическое) воздействие (в областях ветвления и изгибов артерий, на стороне их стенки, которая имеет жесткую подстилку). Осложненные поражения возникают в тех случаях, когда в толще бляшки преобладает распад жиробелковых комплексов и образуется детрит, напоминающий содержимое ретенционной кисты сальной железы, т. е. атеромы. По-этому такие изменения называют атероматозными. Прогрессирование атероматозных изменений ведет к деструкции покрышки бляшки, ее изъязвлению (атероматозная язва), кровоизлияниям в толщу бляшки (интрамуральная гематома) и образованию тромботических наложений на месте изъязвления бляшки. С осложненными поражениями связаны: острая закупорка артерии тромбом и развитие инфаркта, эмболия как тромботическими, так и</p>	
--	--	--	--

		<p>атероматозными массаами, образование аневризмы сосуда в месте его изъязвления, а также артериальное кровотечение при разъедании стенки сосуда атероматозной язвой.</p> <p>Кальциноз, или атерокальциноз, - завершающая фаза атеросклероза, которая характеризуется отложением в фиброзные бляшки солей кальция, т. е. их обызвествлением. Бляшки приобретают каменистую плотность (петрификация бляшек), стенка сосуда в месте петрификации резко деформируется.</p> <p>Различные виды атеросклеротических изменений нередко сочетаются: в одном и том же сосуде, например в аорте, можно видеть одновременно жировые пятна и полосы, фиброзные бляшки, атероматозные язвы с тромбами и участки атерокальциноза, что свидетельствует о волнообразное™ течения атеросклероза.</p> <p>Микроскопическое исследование. позволяет уточнить и дополнить характер и последовательность развития изменений, свойственных атеросклерозу. На основании его</p>	
--	--	---	--

		<p>результатов выделены следующие стадии морфогенеза атеросклероза (рис. 144):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. долипидная; 2. липоидоз 3. липосклероз 4. атероматоз 5. изъязвление 6. атерокальциноз <p>Долипидная стадия характеризуется изменениями, отражающими общие нарушения метаболизма при атеросклерозе (гиперхолестеринемия, гиперлипопротеидемия, накопление грубодисперсных белков и мукоидных веществ в плазме крови, повышение активности гиалуронидазы и т. д.) и «травму» интимы продуктами нарушенного метаболизма. К этим изменениям относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышение проницаемости эндотелия и мембран интимы, что ведет к накоплению во внутренней оболочке белков плазмы, фибриногена (фибрина) и образованию плоских пристеночных тромбов; 2. накопление кислых 	
--	--	---	--

		<p>гликозаминогликанов в интиме, с чем связано появление мукоидного отека внутренней оболочки, а поэтому благоприятных условий для фиксации в ней липопротеидов очень низкой и низкой плотности, холестерина, белков;</p> <p>3. деструкция эндотелия, базальных мембран интимы, эластических и коллагеновых волокон, способствующая еще большему повышению проницаемости интимы для продуктов нарушенного обмена и пролиферации гладкомышечных клеток.</p> <p>Продолжительность долипидной стадии определяется возможностью липолитических и протеолитических (фибринолитических) ферментов интимы «очищать» ее от «засорения» продуктами нарушенного метаболизма. Как правило, активность этих ферментов интимы в долипидной стадии повышена, истощение их знаменует начало стадии липоидоза.</p> <p>В стадии липоидоза отмечается очаговая инфильтрация интимы, особенно поверхностных ее отделов, липидами (холестерином),</p>	
--	--	---	--

		<p>липопротеидами, белками, что ведет к образованию жировых пятен и полос. Липиды диффузно пропитывают интиму и накапливаются в гладкомышечных клетках и макрофагах, которые получили название пенистых, или ксантомных, клеток. В эндотелии также появляются липидные включения, что свидетельствует об инфильтрации интимы липидами плазмы крови. Отчетливо выражены набухание и деструкция эластических мембран.</p> <p>Липосклероз характеризуется разрастанием молодых соединительнотканых элементов интимы в участках отложения и распада липидов и белков, разрушением эластических и аргирофильных мембран. Очаговое разрастание в интима молодой соединительной ткани и ее последующее созревание ведут к формированию фиброзной бляшки, в которой появляются тонкостенные сосуды, связанные с vasa vasorum.</p> <p>При атероматозе липидные массы, составляющие центральную часть бляшки, а также прилежащие</p>	
--	--	--	--

		<p>коллагеновые и эластические волокна распадаются. При этом образуется мелкозернистая аморфная масса, в которой обнаруживаются кристаллы холестерина и жирных кислот, обрывки эластических и коллагеновых волокон, капельки нейтральных жиров (атероматозный детрит).</p>	
5.	<p>Брюшной тиф и сальмонеллёзы. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>Брюшной тиф – это острое инфекционное заболевание из группы антропонозов. Возбудитель – брюшнотифозная палочка. Инкубационный период – 10–14 дней. Совпадение клинических циклов течения брюшного тифа с определенными циклами анатомических изменений в лимфатических образованиях кишечника послужило основанием построения схемы морфологических изменений по стадиям.</p> <p>На первой стадии морфологических изменений, по сроку совпадающей обычно с 1-й неделей заболевания, в лимфатическом аппарате кишок наблюдается картина так</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный</p>

		<p>называемого мозговидного набухания – воспалительной инфильтрации пейеровых бляшек и солитарных фолликулов.</p> <p>Во второй стадии, соответствующей 2-й неделе заболевания, происходит некротизация набухших пейеровых бляшек и солитарных фолликулов (стадия некроза). Некроз обычно захватывает только поверхностные слои лимфатического аппарата кишечника, но иногда может доходить до мышечной и даже до серозной оболочки.</p> <p>В третьей стадии (период образования язв), примерно соответствующей 3-й неделе заболевания, происходит отторжение омертвевших участков пейеровых бляшек и солитарных фолликулов и образование язв. Этот период опасен возможными тяжелыми осложнениями (кишечное кровотечение, перфорация).</p>	<p>// ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
--	--	--	--

		<p>Четвертая стадия (период чистых язв) соответствует концу 3-й и 4-й недели заболевания; в этом периоде дно брюшнотифозной язвы становится широким, она очищается и покрывается тонким слоем грануляционной ткани.</p> <p>Следующая фаза (период заживления язв) характеризуется процессом заживления язв и соответствует 5—6-й неделе болезни.</p> <p>Морфологические изменения могут распространяться на толстую кишку, желчный пузырь, печень. При этом на слизистой оболочке желчного пузыря обнаруживают характерные для брюшного тифа язвы, а в печени – тифозные грануломы; заболевание протекает с симптомами поражения этих органов (желтуха, ахоличный стул, повышенное содержание в крови билирубина и т. д.). Поражение кишечника при брюшном тифе и паратифе всегда сочетается с поражением регионарных</p>	
--	--	---	--

		<p>лимфатических желез брыжейки, а нередко – и забрюшинных желез. При микроскопии в них отмечается такая же макрофагальная реакция, как и в лимфатическом аппарате стенки кишки. В увеличенных лимфатических узлах брыжейки наблюдаются очаги некроза, в отдельных случаях захватывающие не только главную массу лимфатического узла, но и переходящие на передний листок брюшного покрова, что может вызывать картину брыжеечно-перфоративного перитонита. Могут поражаться и другие лимфатические узлы – бронхиальные, паратрахеальные, медиастинальные. Селезенка при брюшном тифе увеличена в результате кровенаполнения и воспалительной пролиферации ретикулярных клеток с образованием специфических гранул. Печень набухшая, мягкая, на разрезе тусклая, желтоватая, что связано с выраженностью</p>	
--	--	--	--

		<p>паренхиматозного перерождения. В почках находят мутное набухание, иногда некротический нефроз, реже геморрагический или эмболический нефрит; нередко воспалительные процессы в мочевыводящих путях. В костном мозге возникают участки кровоизлияния, тифозные грануломы, иногда – и некротические очажки. Отмечаются дегенеративные изменения в сердечной мышце. Патологоанатомические изменения в легких при тифо-паратифозных заболеваниях носят в большинстве случаев воспалительный характер. Обнаруживаются гиперемия мозговых оболочек и отек вещества головного мозга.</p>	
--	--	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
---	--

	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	5 - значение фундаментальных исследований патологической анатомии для медицины.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p style="text-align: center;">ПЕРВАЯ СТАДИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА</p> <p>1) атрофическая 2) некротическая 3) дистрофическая 4) гипертрофическая</p>	2) некротическая	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-</p>

			6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
2.	К ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ 1) склероз 2) атрофия 3) амилоидоз 4) метаплазия 5) гипертрофия	4) метаплазия	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970462614.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ПРИЧИНЫ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА УРОВНЕ ЛОХАНКИ</p> <p>1) камни 2) тромбы 3) опухоли 4) стриктуры 5) воспаление 6) гиперплазия ткани соседнего органа</p>	<p>1) камни 3) опухоли 4) стриктуры</p>	<p>Мальцева, Л. Д. Патология / Л. Д. Мальцева, С. Я. Дьячкова, Е. Л. Карпова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 536 с. - ISBN 978-5-9704-4335-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443354.htm 1</p>
2.	<p>ВОЗМОЖНА МЕТАПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В</p> <p>1) костную 2) жировую 3) хрящевую 4) мышечную 5) эпителиальную</p>	<p>1) костную 3) хрящевую</p>	<p>Мальцева, Л. Д. Патология / Л. Д. Мальцева, С. Я. Дьячкова, Е. Л. Карпова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 536 с. - ISBN 978-5-9704-4335-4. - Текст:</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443354.htm 1
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Причины тиреотоксикоза 2. Причины гипотиреоза А. Хирургическое удаление щитовидной железы Б. Болезнь Грейвса В. Болезнь Пламмера Г. Аутоиммунный тиреоидит Д. Аплазия щитовидной железы	1-БВ 2-АГД	Мальцева, Л. Д. Патология / Л. Д. Мальцева, С. Я. Дьячкова, Е. Л. Карпова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 536 с. - ISBN 978-5-9704-4335-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443354.htm 1

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>В биоптате почки больного 13 лет с выраженными симптомами гломерулонефрита обнаружены признаки быстро прогрессирующего злокачественного заболевания.</p> <p>1. Перечислите почечные симптомы гломерулонефрита</p> <p>2. Дайте характеристику воспалительного процесса: а) по топографии поражения; б) по преобладающему компоненту воспаления; в) по участию клеточных элементов в воспалительной реакции.</p> <p>3. Назовите патоморфологический вариант гломерулонефрита.</p> <p>4. Каков типичный исход процесса при этом варианте нефропатии?</p>	<p>1) протеинурия, гематурия, цилиндрурия, олигоурия</p> <p>2) а) экстракапиллярный, б) продуктивный с образованием «полулунный»</p> <p>в) поражение капсулы</p> <p>3) подострый экстракапиллярный</p> <p>4) вторичный нефросклероз</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>Больному 12 лет произведена аппендэктомия по поводу острого</p>	<p>1) диффузная лейкоцитарная</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное</p>

	<p>флегмонозного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом.</p> <p>1. Опишите микроскопические изменения червеобразного отростка.</p> <p>2. Уточните характер процесса в наружной оболочке червеобразного отростка и его брыжейке.</p> <p>3. Каковы варианты исхода перитонита.</p>	<p>инфильтрация всех слоев стенки, в просвете отростка – гнойный экссудат</p> <p>2) периаппендицит, мезентериолит</p> <p>3) рассасывание экссудата, образование спаек, осумковывание гноя</p>	<p>пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
3.	<p>Больной 47 лет госпитализирован в кардиологическое отделение по поводу инфаркта миокарда. На 6-й день от начала заболевания у пациента вновь появились резкие боли в области сердца, стала нарастать сердечно-сосудистая недостаточность. При обследовании перкуторно в области сердца выявлена абсолютная тупость, тоны сердца не прослушивались. Границы сердца резко расширены.</p> <p>1. Установите основное заболевание (нозологическую форму), которое явилось причиной смерти больного.</p> <p>2. Назовите возможное</p>	<p>1) инфаркт миокарда</p> <p>2) атеросклероз коронарных артерий</p> <p>3) разрыв сердца</p> <p>4) миомаляция</p> <p>5) гемоперикард с тампонадой сердца</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	<p>заболевание, способствовавшее возникновению инфаркта миокарда.</p> <p>3. Определите характер смертельного осложнения.</p> <p>4. Объясните механизм этого осложнения.</p> <p>5. Укажите причину остановки сердца.</p>		
4.	<p>Мужчина 29 лет заметил, что имевшаяся много лет пигментное образование кожи спины увеличилось в размерах, появились «корочка» на поверхности, кровоточивость. Произведено иссечение пораженного участка. При патогистологическом исследовании выявлено изъязвление эпидермиса, разрушение базального слоя, замещение его крупными полиморфными клетками, диффузно прорастающими все слои кожи до жировой клетчатки. Клетки опухоли содержат большое количество бурых зерен, во многих клетках определяются патологические митозы.</p> <p>1) Определите вид опухоли.</p> <p>2) Назовите процесс, предшествовавший опухоли (платыни).</p> <p>3) Какой тип роста опухоли</p>	<p>1) меланома (меланобластома)</p> <p>2) naevus pigmentosus</p> <p>3) инфильтрирующий</p> <p>4) лифогенный и гематогенный</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	характерен? 4) Укажите пути метастазирования.		
5.	<p>Больной 21 года обратился по поводу болей в области предплечья, припухлости, красноты. При осмотре температура ткани повышена. Общее состояние удовлетворительное. Заболевание связывает с бытовой травмой. Поставлен диагноз: флегмона предплечья.</p> <p>1) Классифицируйте процесс. 2) Какие изменения тканей наблюдаются в зоне поражения. 3) Перечислите клинические признаки воспаления по-латыни.</p>	<p>1) гнойное воспаление 2) лизис, некроз 3) tumor, rubor, color, dolor, functio laesa</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Вирусные инфекционные заболевания центральной нервной системы. Классификация, типичные клинические проявления. Морфологическая характеристика, клинические проявления. Полиомиелит. Заболевание центральной нервной системы,</p>	<p>Существует несколько путей поражения центральной нервной системы (ЦНС) вирусами. Хотя о природе и репликации вирусов известно много, корреляция между свойствами вирусов и</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва:</p>

	<p>вызванные арбовирусами.</p>	<p>типом неврологического поражения несоразмерная и неполная. Вирусы, значительно различающиеся между собой по морфологии, химическому составу и репликации, могут вызывать в ЦНС сходные патологические изменения и клинические симптомы</p> <p>При полиомиелите преимущественно поражаются двигательные нейроны передних рогов спинного мозга. Нередко наблюдаются также воспалительные изменения в двигательных ядрах черепно-мозговых нервов, стволе мозга, ядрах среднего мозга и передней центральной извилине коры. Мягкие мозговые оболочки отечны, полнокровны. Извилины мозга несколько уплощены. Вещество мозга, особенно</p>	<p>ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.html</p>
--	--------------------------------	--	--

		<p>спинного (в области поясничного, грудного, шейного утолщений) и продолговатого, — дрябкое, студенистое, полнокровное, с диапедезными кровоизлияниями. Рисунок серого вещества стерт, на поверхности разреза оно западает, а белое — выбухает. В миндалинах, лимфатических узлах брыжейки, пейеровых бляшках — явления гиперплазии. Часты кровоизлияния в слизистой оболочке дыхательных путей, ателектазы в легких. В миокарде, печени, почках — полнокровие и дистрофические изменения. Гистологически с первых дней препаралитической и особенно паралитической стадии в мягких мозговых оболочках наблюдаются</p>	
--	--	---	--

		<p>изменения типа серозного менингита.</p> <p>Значительно выражены полнокровие всех сосудов (артерий и вен), стазы, кровоизлияния, отек и набухание волокнистых структур оболочек, сегментоядерная инфильтрация; лейкостазы. Вокруг сосудов небольшие скопления лимфоидных элементов, причем они наиболее выражены в мягких мозговых оболочках, вдоль передней борозды поясничного отдела спинного мозга, в оболочках ствола, межучного мозга и в области передней центральной извилины коры. Изменения в оболочках иногда значительно преобладают над поражением двигательных нейронов; в других случаях</p>	
--	--	---	--

		<p>они отсутствуют или выражены крайне слабо.</p> <p><i>Арбовирусы</i> (от лат. arthropoda — членистоногие и англ. borne — передающийся, происходящий) — вирусы различных таксономических групп, передающиеся позвоночным (в т.ч. человеку) через кровососущих членистоногих (комаров, клещей, блох, вшей, клопов и др.). Арбовирусы — нетаксономическое понятие. В настоящее время известно более 400 арбовирусов, относящихся преимущественно к семействам тогавирусов, флавивирусов, буньявирусов, рабдовирусов, аренавирусов, реовирусов. Большинство арбовирусов — возбудители</p>	
--	--	---	--

		<p>природноочаговых зоонозов, распространенных в определенных (эндемичных) регионах и ландшафтных зонах. Они имеют характерных (специфических) переносчиков, определяющих эколого — эпидемиологические особенности арбовирусных инфекций.</p> <p>Энцефалит</p> <p>Патологическая анатомия. Макроскопически отмечают гиперемию сосудов мозга, набухание его ткани, мелкие кровоизлияния.</p> <p>Микроскопическая картина в значительной мере зависит от стадии и характера течения заболевания: при острых формах преобладают циркуляторные нарушения и воспалительная экссудативная реакция, часто</p>	
--	--	--	--

		<p>возникают периваскулярные инфильтраты и нейрофагия. При затяжном течении болезни ведущими становятся пролиферативная реакция глии, в том числе астроцитарной, и очаговая деструкция нервной системы (участки спонгиозного характера, скопления зернистых шаров). Хроническое течение энцефалита характеризуется фибриллярным глиозом, демиелинизацией, иногда атрофией определенных отделов мозга.</p> <p>Причина смерти. В ранние сроки болезни (на 2-3-й сутки) смерть может наступить от бульбарных расстройств. Причины смерти в поздние сроки заболевания разнообразны</p> <p>Бешенство Бешенство</p>	
--	--	---	--

		<p>(rabies, от лат. rabere — бесноватый), водобоязнь, гидрофобия (от греч. hydor — вода, phobos — боязнь) — острое инфекционное заболевание, которым болеют люди и животные (антропозооноз), характеризуется поражением центральной нервной системы.</p> <p>Этиология и патогенез. Возбудителем болезни является вирус бешенства из семейства рабдовирусов, патогенный для человека и большинства теплокровных животных. Заражение человека происходит при укусе больным животным. Кожная рана считается входными воротами инфекции. Из раны вирус, обладающий нейротропностью, распространяется по периневральным</p>	
--	--	--	--

		<p>пространствам, достигает нервных клеток головного и спинного мозга, внедряется в них и репродуцируется. Инкубационный период длится 30—40 дней. Продолжительность болезни —5—7 дней. В течение заболевания различают стадию предвестников, возбуждения и паралитическую. В момент начала заболевания в области укуса, который к этому времени заживает рубцом, нередко вспыхивает экссудативное воспаление, а в периферических нервах той же области обнаруживаются воспалительные инфильтраты и распад миелиновых оболочек.</p> <p>Патологическая анатомия. Характерные для бешенства изменения выявляются главным образом в головном мозге, который становится</p>	
--	--	---	--

		<p>отечным, полнокровным, иногда с мелкими кровоизлияниями в области продолговатого мозга. Характерные изменения, которые находят лишь при микроскопическом исследовании, касаются нервных клеток стволовой части головного мозга, стенок III желудочка мозга и гиппокампа. В результате репродукций вируса бешенства в нервных клетках развиваются хроматолиз, гидропия, завершающиеся некрозом. Вокруг погибших нервных клеток, мелких сосудов обнаруживаются скопления микроглиальных и лимфоидных клеток, образующих узелки бешенства. Их особенно много в продолговатом мозге, области водопровода большого мозга (силвиев водопровод), но они</p>	
--	--	---	--

		<p>встречаются и в других отделах нервной системы. Иногда появляются мелкие кровоизлияния. Описанные изменения в головном мозге соответствуют картине энцефалита. Аналогичные изменения встречаются и в спинном мозге, особенно шейном утолщении. В узлах вегетативной нервной системы также происходит гибель нервных клеток, вокруг них отмечается усиленная пролиферация сателлитов, клеток лимфоидного типа — образуются узелки бешенства. Особенно резко эти изменения выражены в тройничном (так называемом гассеровом) и верхних шейных симпатических узлах.</p> <p>Большое диагностическое значение имеет обнаружение в нервных клетках</p>	
--	--	---	--

		<p>гиппокампа, реже в других отделах головного мозга так называемых телец Бабеша — Негри, представленных эозинофильными округлыми образованиями (включениями) в цитоплазме.</p> <p>В слюнных железах при бешенстве встречаются круглоклеточные инфильтраты вокруг сосудов, в нервных узлах желез — узелки бешенства. В других органах наблюдаются дистрофические изменения.</p> <p>Смерть при нелеченом бешенстве и без применения антирабической сыворотки наблюдается в 100% случаев. Больные, прошедшие курс антирабических прививок, остаются здоровыми. Однако возможно развитие прививочных осложнений: менингоэнцефалита,</p>	
--	--	--	--

		восходящего паралича Ландри, параличей отдельных нервов, психических расстройств.	
2.	Рак шейки матки. Эпидемиология, факторы риска, методы диагностики, морфогенез. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Внутриэпителиальный и инвазивный рак шейки матки. Классификация, эпидемиология, факторы риска, морфологическая характеристика, клинические проявления, прогноз.	Среди злокачественных опухолей женских половых органов рак матки занимает второе место после рака молочной железы. Различают рак шейки и рак тела матки. Рак шейки матки встречается чаще, чем рак тела матки. Установлено, что раку шейки матки предшествуют предраковые состояния, к числу которых относят эндоцервикозы и предраковые изменения в виде тяжелой дисплазии эпителия влагалищной части шейки. Рак шейки матки может быть неинвазивным (cancer in situ) и инвазивным.	Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.html

	<p>Различают рак влагалищной части шейки матки и рак цервикального канала. Рак влагалищной части и обычно растет экзофитно, в полость влагалища, рано изъязвляется. Реже он растет в стенку шейки и окружающие ее ткани. Рак цервикального канала, как правило, имеет эндофитный рост. Он прорастает шейку, окружающую клетчатку и врастает в стенки мочевого пузыря и прямой кишки. При изъязвлении опухоли образуются влагалищно-пузырные или влагалищно-прямокишечные свищи (соустья).</p> <p>По гистологической структуре рак шейки матки может быть плоскоклеточным, железистым (аденогенным) и железисто-плоскоклеточным,</p>	
--	---	--

		<p>причем каждый из них может иметь разную степень дифференцировки. Помимо этого, выделяют эндометриоидную аденокарциному шейки матки.</p> <p>Метастазы при раке шейки матки возникают рано и распространяются прежде всего по лимфатическим путям в лимфатические узлы малого таза, паховые и забрюшинные; позднее наблюдаются и гематогенные метастазы.</p> <p>Рак тела матки наблюдается чаще у женщин старше 50 лет. В развитии рака тела матки большое значение придается нарушению гормонального баланса (содержание эстрогенов), что обуславливает гиперпластические изменения эпителия</p>	
--	--	--	--

	<p>слизистой оболочки матки, ведущие к злокачественному превращению.</p> <p>Возникновению рака предшествуют предраковые изменения, к которым относят гиперплазию и полипы эндометрия.</p> <p>Рак тела матки представляет собой чаще экзофитные разрастания, имеющие вид цветной капусты или полипа на широком основании (экзофитный рост).</p> <p>Опухоль может занимать всю полость матки, подвергаться распаду и изъязвляться. Эндофитный рост наблюдается редко.</p> <p>Гистологически рак тела матки имеет строение аденокарциномы, которая может быть высоко-, умеренноили низкодифференцированной; недифференцированный рак</p>	
--	---	--

		<p>встречается редко.</p> <p>Метастазы при раке тела матки наблюдаются прежде всего в лимфатических узлах малого таза, гематогенные метастазы редки.</p> <p>К злокачественным опухолям матки относится также хорионэпителиома.</p>	
3.	<p>Гепатит: определение, классификация. Острый вирусный гепатит. Эпидемиология, этиология, пути передачи инфекции, пато- и морфогенез, клиническо-морфологические формы, морфологическая характеристика, вирусные маркеры, исходы.</p>	<p>Гепатит — это воспаление печени. По этиологии различают первичный и вторичный гепатиты. По течению — острый и хронический гепатит. Первичный гепатит развивается вследствие гепатотропного вируса, приема алкоголя или лекарств. Вторичный гепатит является следствием другой болезни, например инфекции (желтая лихорадка, брюшной тиф, дизентерия, малярия, сепсис, туберкулез),</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.stu</p>

		<p>интоксикации (тиреотоксикоз, гепатотоксичные яды), поражения желудочно-кишечного тракта, системных заболеваний соединительной ткани и т. д.</p> <p>Этиология вторичного гепатита, т. е. гепатита как проявления другой болезни (неспецифический реактивный гепатит), чрезвычайно разнообразна. Это-инфекция (желтая лихорадка, цитомегалия, брюшной тиф, дизентерия, малярия, туберкулез, сепсис), интоксикации (тиреотоксикоз, гепатотоксические яды), поражения желудочно-кишечного тракта, системные заболевания соединительной ткани и др.</p> <p>Хронический гепатит</p>	<p>dentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.html</p>
--	--	--	---

		<p>характеризуется деструкцией паренхиматозных элементов, клеточной инфильтрацией стромы, склерозом и регенерацией печеночной ткани. Эти изменения могут быть представлены в различных сочетаниях, что позволяет выделить три морфологических вида хронического гепатита: активный (агрессивный), персистирующий и холестатический. При хроническом активном гепатите резкая дистрофия и некроз гепатоцитов (деструктивный гепатит) сочетаются с выраженной клеточной инфильтрацией, которая не только охватывает склерозированные портальные и перипортальные поля, но и проникает внутрь дольки.</p>	
--	--	--	--

		<p>При хроническом персистирующем гепатите дистрофические изменения гепатоцитов слабо выражены; характерна лишь диффузная клеточная инфильтрация портальных полей, реже – внутридольковой стромы.</p> <p>При хроническом холестатическом гепатите наиболее выражены холестаз, холангит и холангиолит, сочетающиеся с межуточной инфильтрацией и склерозом стромы, а также с дистрофией и некробиозом гепатоцитов.</p> <p>Печень при хроническом гепатите, как правило, увеличена и плотна. Капсула ее очагово или диффузно утолщена, белесовата. Ткань печени на разрезе имеет пестрый вид.</p>	
--	--	---	--

		<p>Исход гепатита зависит от характера и течения, от распространенности процесса, степени поражения печени и ее репаративных возможностей. В легких случаях возможно полное восстановление структуры печеночной ткани. При остром массивном повреждении печени, как и при хроническом течении гепатита, возможно развитие цирроза.</p>	
4.	<p>Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический обструктивный бронхит. Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Осложнения. Причины смерти.</p>	<p>Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — самостоятельное заболевание, для которого характерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях. Ограничение воздушного потока, как правило, имеет</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-</p>

		<p>неуклонно прогрессирующий характер и спровоцировано аномальной воспалительной реакцией ткани лёгких на раздражение различными патогенными частицами и газами.</p> <p>Патологический процесс начинается в <u>слизистой бронхов</u>: в ответ на воздействие внешних патогенных факторов происходит изменение функции секреторного аппарата (<u>гиперсекреция</u> слизи, изменения бронхиального секрета), присоединяется <u>инфекция</u>, развивается каскад реакций, приводящих к повреждению <u>бронхов</u>, <u>бронхиол</u> и прилегающих <u>альвеол</u>.</p>	<p>5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.html</p>
--	--	---	---

		<p>Нарушение соотношения <u>протеолитических ферментов и антипротеаз</u>, дефекты <u>антиоксидантной</u> защиты легких усугубляют повреждение.</p> <p><i>Хронический бронхит</i> - хроническое воспаление бронхов, возникающее в результате затянувшегося острого бронхита (например, после перенесенной кори или гриппа) или же длительного воздействия на слизистую оболочку бронхов биологических, физических и химических факторов (возбудители инфекции, курение, охлаждение дыхательных путей, запыление и т.д.).</p> <p>Хронический бронхит</p>	
--	--	--	--

		<p>инфекционной природы может вначале иметь локальный характер. Он развивается чаще в бронхах II, VI, VIII, IX и X сегментов, т.е. там, где чаще всего возникают очаги пневмонии и имеются неблагоприятные предпосылки для рассасывания экссудата. Локальные формы хронического бронхита становятся источником развития <i>хронического диффузного бронхита</i>, когда поражается все бронхиальное дерево. При этом стенка бронхов становится утолщенной, окружается прослойками соединительной ткани, иногда отмечается выраженная в При длительном течении бронхита могут возникать мешковидные или</p>	
--	--	---	--

		<p>цилиндрические <i>бронхоэктазы</i>.</p> <p>Микроскопические изменения в бронхах при хроническом бронхите разнообразны. В одних случаях преобладают явления <i>хронического слизистого</i> или <i>гнойного катара</i> с нарастающей атрофией слизистой оболочки, кистозным превращением желез, метаплазией покровного призматического эпителия в многослойный плоский, увеличением числа бокаловидных клеток; в других - в стенке бронха и особенно в слизистой оболочке резко выражены клеточная воспалительная инфильтрация и разрастания грануляционной ткани, которая выбухает в просвет</p>	
--	--	--	--

		<p>бронха в виде полипа - <i>полипозный хронический бронхит</i>. При созревании грануляционной и разрастании в стенке бронха соединительной ткани мышечный слой атрофируется и бронх подвергается деформации - <i>деформирующий хронический бронхит</i>.</p> <p>При хроническом бронхите нарушается дренажная функция бронхов, что ведет к задержке их содержимого в нижележащих отделах, закрытию просвета мелких бронхов и бронхиол и развитию бронхолегочных осложнений, таких как телектаз (активное спадение респираторного отдела</p>	
--	--	---	--

		легких вследствие обтурации или компрессии бронхов), обструктивная эмфизема, хроническая пневмония, пневмофиброз.	
5.	Атеросклероз и артериосклероз. Общие данные (эпидемиология, факторы риска). Современные представления об этиологии и патогенезе атеросклероза. Морфологическая характеристика и стадии атеросклероза, строение атеросклеротической бляшки. Органные поражения при атеросклерозе. Артериосклероз (болезнь Менкеберга), морфологическая характеристика.	Артериосклероз Менкеберга (артериокальциноз Менкеберга, артериальный медиокальциноз, артериальный медиасклероз) — форма поражения артерий, является второй по распространенности среди всех склеротических поражений артериальных сосудов после атеросклероза. Впервые описана Йоганном Менкебергом в 1903 году. Эта форма склеротических повреждений характеризуется поражением средней оболочки артерий (в отличие от атеросклероза)	Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/bo

		<p>эластичного и эластично-мышечного типа и проявляется рядом признаков: медианекрозом, медиасклерозом и медиакальцинозом. Для этого заболевания в большей мере имеют значение процессы дегенерации и склерозирования сосудистой стенки, вместо холестерина в сосудистой стенке накапливаются соли кальция</p> <p>Атеросклероз – хроническое заболевание, возникающее в результате нарушения жирового и белкового обмена, характеризующееся поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового отложения в интиме липидов и белков и реактивного разрастания соединительной ткани. Следует отличать атеросклероз от</p>	<p>ok/ISBN9785970453438.html</p>
--	--	---	----------------------------------

		<p>артериосклероза, которым обозначают склероз артерий независимо от причины и механизма его развития. Атеросклероз является лишь разновидностью артериосклероза, отражающей нарушения метаболизма липидов и белков (метаболический артериосклероз).</p> <p>В зависимости от этиологических, патогенетических и морфологических признаков различают следующие виды артериосклероза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. атеросклероз (метаболический артериосклероз) 2. артериосклероз, или гиалиноз (например, при гипертонической болезни) 3. воспалительный артериодосклероз (например, сифилитический, 	
--	--	---	--

		<p>туберкулезный)</p> <p>4. аллергический артериосклероз (например, при узелковом периартериите)</p> <p>5. токсический артериосклероз (например, адренали- новый)</p> <p>6. первичный кальциноз средней оболочки артерий (медиакальциноз Менкеберга)</p> <p>7. возрастной (старческий) артериосклероз. Этиология. В развитии атеросклероза наибольшее значение имеют следующие факторы:</p> <p>1. обменные (экзои эндогенные)</p> <p>2. гормональные</p> <p>3. гемодинамический</p> <p>4. нервный</p> <p>5. сосудистый</p> <p>6. наследственные и этнические.</p>	
--	--	---	--

		<p>Среди обменных факторов основное значение имеют нарушения жирового и белкового обмена, прежде всего холестерина и липопротеидов.</p> <p>Гиперхолестеринемии придавалась чуть ли не ведущая роль в этиологии атеросклероза. Однако в дальнейшем было доказано, что избыток экзогенного холестерина у человека во многих случаях не приводит к развитию атеросклероза, корреляция между гиперхолестеринемией и выраженностью морфологических изменений, свойственных атеросклерозу, отсутствует.</p> <p>В основе обменных нарушений при атеросклерозе лежит дислиппротеидемия с преобладанием ЛПОНП и</p>	
--	--	--	--

		<p>ЛПНП, что ведет к нерегулируемому клеточному обмену холестерина (рецепторная теория атеросклероза Гольдштейна и Брауна), появлению так называемых пенистых клеток в интима артерий, с которыми связано образование атеросклеротических бляшек.</p> <p>Значение гормональных факторов в развитии атеросклероза несомненно. Так, сахарный диабет и гипотиреоз способствуют, а гипертиреоз и эстрогены препятствуют развитию атеросклероза. Имеется прямая связь между ожирением и атеросклерозом.</p> <p>Несомненна и роль гемодинамического фактора (артериальная</p>	
--	--	---	--

		<p>гипертензия, повышение сосудистой проницаемости) в атерогенезе. Независимо от характера гипертензии при ней отмечается усиление атеросклеротического процесса. При гипертензии атеросклероз развивается даже в венах (в легочных венах – при гипертензии малого круга, в воротной вене-при портальной гипертензии).</p> <p>Исключительная роль в этиологии атеросклероза отводится нервному фактору – стрессовым и конфликтным ситуациям, с которыми связано психо-эмоциональное перенапряжение, ведущее к нарушению нейроэндокринной регуляции жиробелкового обмена и вазомоторным расстройствам (нервно-</p>	
--	--	---	--

		<p>метаболическая теория атеросклероза А. Л. Мясникова).</p> <p>Роль наследственных факторов в атеросклерозе доказана (например, атеросклероз у молодых людей при семейной гиперлипотеидемии, отсутствии апорецепторов).</p> <p>Атеросклеротический процесс проходит определенные стадии (фазы), которые имеют макроскопическую и микроскопическую характеристику (морфогенез атеросклероза).</p> <p>При макроскопическом исследовании различают следующие виды атеросклеротических изменений, отражающие динамику процесса:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. жировые пятна или полоски; 2. фиброзные бляшки; 3. осложненные 	
--	--	--	--

		<p>поражения, представленные фиброзными бляшками с изъязвлением, кровоизлияниями и наложениями тромботических масс;</p> <p>4. кальциноз, или атерокальциноз.</p> <p>Жировые пятна или полосы – это участки желтого или желто-серого цвета (пятна), которые иногда сливаются и образуют полосы, но не возвышаются над поверхностью интимы. Они содержат липиды, выявляемые при тотальной окраске сосуда красителями на жиры, например Суданом</p> <p>Фиброзные бляшки – плотные, овальные или круглые, белые или беложелтые образования, содержащие липиды и возвышающиеся над поверхностью интимы.</p>	
--	--	--	--

		<p>Часто они сливаются между собой, придают внутренней поверхности сосуда бугристый вид и резко суживают его просвет (стенозирующий атеросклероз). Наиболее часто фиброзные бляшки наблюдаются в брюшной аорте, в отходящих от аорты ветвях, в артериях сердца, мозга, почек, нижних конечностей, сонных артериях и др. Чаще поражаются те участки сосудов, которые испытывают гемодинамическое (механическое) воздействие (в областях ветвления и изгибов артерий, на стороне их стенки, которая имеет жесткую подстилку). Осложненные поражения возникают в тех случаях, когда в толще бляшки преобладает распад жиробелковых комплексов и образуется</p>	
--	--	---	--

		<p>детрит, напоми-нающий содержимое ретенционной кисты сальной железы, т. е. атеромы. По-этому такие изменения называют атероматозными. Прогрессирование атероматозных изменений ведет к деструкции покрышки бляшки, ее изъязвле-нию (атероматозная язва), кровоизлияниям в толщу бляшки (интрамуральная гематома) и образованию тромботических наложений на месте изъязвления бляшки. С осложненными поражениями связаны: острая закупорка артерии тромбом и развитие инфаркта, эмболия как тромботическими, так и атероматозными массами, образование аневризмы сосуда в месте его изъязвления, а также артериальное</p>	
--	--	--	--

		<p>кровотечение при разъедании стенки сосуда атероматозной язвой.</p> <p>Кальциноз, или атерокальциноз, - завершающая фаза атеросклероза, которая характеризуется отложением в фиброзные бляшки солей кальция, т. е. их обызвествлением. Бляшки приобретают каменистую плотность (петрификация бляшек), стенка сосуда в месте петрификации резко деформируется.</p> <p>Различные виды атеросклеротических изменений нередко сочетаются: в одном и том же сосуде, например в аорте, можно видеть одновременно жировые пятна и полосы, фиброзные бляшки, атероматозные язвы с тромбами и участки атерокальциноза, что свидетельствует о</p>	
--	--	---	--

		<p>волнообразное™ течения атеросклероза. Микроскопическое исследование. позволяет уточнить и дополнить характер и последовательность развития изменений, свойственных атеросклерозу. На основании его результатов выделены следующие стадии морфогенеза атеросклероза (рис. 144):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. долипидная; 2. липоидоз 3. липосклероз 4. атероматоз 5. изъязвление 6. атерокальциноз <p>Долипидная стадия характеризуется изменениями, отражающими общие нарушения метаболизма при атеросклерозе (гиперхолестеринемия, гипёрлипопротеидемия, накопление</p>	
--	--	--	--

		<p>грубодисперсных белков и мукоидных веществ в плазме крови, повышение активности гиалуронидазы и т. д.) и «травму» интимы продуктами нарушенного метаболизма. К этим изменениям относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышение проницаемости эндотелия и мембран интимы, что ведет к накоплению во внутренней оболочке белков плазмы, фибриногена (фибрина) и образованию плоских пристеночных тромбов; 2. накопление кислых гликозаминогликанов в интимае, с чем связано появление мукоидного отека внутренней оболочки, а поэтому благоприятных условий для фиксации в ней липопротеидов очень низкой и низкой плотности, холестерина, 	
--	--	--	--

		<p>белков (рис. 145);</p> <p>3. деструкция эндотелия, базальных мембран интимы, эластических и коллагеновых волокон, способствующая еще большему повышению проницаемости интимы для продуктов нарушенного обмена и пролиферации гладкомышечных клеток. Продолжительность долипидной стадии определяется возможностью липолитических и протеолитических (фибринолитических) ферментов интимы «очищать» ее от «засорения» продуктами нарушенного метаболизма. Как правило, активность этих ферментов интимы в долипидной стадии повышена, истощение их знаменует начало стадии липоидоза.</p>	
--	--	---	--

		<p>В стадии липоидоза отмечается очаговая инфильтрация интимы, особенно поверхностных ее отделов, липидами (холестерином), липопротеидами, белками, что ведет к образованию жировых пятен и полос. Липиды диффузно пропитывают интиму и накапливаются в гладкомышечных клетках и макрофагах, которые получили название пенистых, или ксантомных, клеток. В эндотелии также появляются липидные включения, что свидетельствует об инфильтрации интимы липидами плазмы крови. Отчетливо выражены набухание и деструкция эластических мембран.</p> <p>Липосклероз характеризуется разрастанием молодых соединительнотканых</p>	
--	--	---	--

		<p>элементов интимы в участках отложения и распада липидов и белков, разрушением эластических и аргирофильных мембран. Очаговое разрастание в интиме молодой соединительной ткани и ее последующее созревание ведут к формированию фиброзной бляшки, в которой появляются тонкостенные сосуды, связанные с vasa vasorum. При атероматозе липидные массы, составляющие центральную часть бляшки, а также прилежащие коллагеновые и эластические волокна распадаются. При этом образуется мелкозернистая аморфная масса, в которой обнаруживаются кристаллы холестерина и</p>	
--	--	---	--

		жирных кислот, обрывки эластических и коллагеновых волокон, капельки нейтральных жиров (атероматозный детрит).	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	6 - прикладное значение полученных знаний по патологической анатомии для последующего обучения и в дальнейшем – для профессиональной деятельности.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		

1.	<p>Т-ЛИМФОЦИТЫ СОЗРЕВАЮТ В</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) печени 2) тимусе 3) селезенке 4) костном мозге 5) головном мозге 	2) тимусе	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кашель, гнойная мокрота, лихорадка 2) кашель, стридор, одышка 3) кашель, мокрота 4) отеки лица 5) одышка 	2) кашель, стридор, одышка	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264</p>

			с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ТИПЫ ПОЧЕЧНЫХ НЕФРОНОВ 1) кортикальные 2) промежуточные 3) поверхностные 4) юкстамедуллярные	1) кортикальные 2) промежуточные 4) юкстамедуллярные	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

			lib.ru/book/ISBN9785970431542.html
2.	<p style="text-align: center;">ТИПЫ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ</p> <p>1) центриацинозный 2) парасептальный 3) панаинозный 4) иррегулярный 5) диффузный 6) узелковый</p>	<p>1) центриацинозный 2) парасептальный 3) панаинозный 4) иррегулярный</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Причины обструкции мочевыводящих путей на уровне уретры</p> <p>2. Причины обструкции мочевыводящих путей на уровне</p>	<p>1-ВГ 2-АБ</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев,</p>

уретры		Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704- 3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
А. Воспаление		
Б. Гиперплазия ткани соседнего органа		
В. Опухоли		
Г. Стриктура		

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	У больного после перенесенного инфаркта миокарда развилась хроническая сердечная недостаточность, которая явилась причиной смерти. 1) Каково образное название печени умершего? 2) Какие изменения гепатоцитов могут быть обнаружены при микроскопическом исследовании в центре	1) мускатная печень 2) атрофия, жировая дистрофия гепатоцитов 3) цирроз печени (мускатный, кардиальный) 4) бурое уплотнение легких 5) гемосидероз, склероз	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-

	<p>и на периферии печеночных долек?</p> <p>3) Какой процесс может развиваться в печени в исходе хронического венозного застоя?</p> <p>4) Какие макроскопические изменения могут быть обнаружены на вскрытии в легких?</p> <p>5) Какие микроскопические изменения могут быть обнаружены в легких?</p>	<p>стромы</p>	<p>Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
<p>2.</p>	<p>На секции трупа резко истощенного мужчины 49 лет в корне правого легкого найден узел опухоли округлой формы диаметром до 5 см, плотный, белесоватого цвета на разрезе. Узел исходит из стенки главного бронха. В ткани печени, правом полушарии головного мозга, надпочечниках обнаружены узлы опухоли от 5 мм до 2 см. В центре узлов – очаги бесструктурной ткани. Гистологически во всех узлах структура опухоли одинакова: атипичные крупные клетки эпителия в виде тяжей, комплексов в полнокровной строме. В центре опухолевых комплексов обнаружены слоистые скопления масс, образования ярко-розового цвета.</p>	<p>1) плоскоклеточный ороговевающий рак</p> <p>2) злокачественная органонеспецифическая опухоль</p> <p>3) раковые жемчужины</p> <p>4) вторичные опухолевые узлы (метастазы)</p> <p>5) гематогенное метастазирование</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN978</p>

	<p>1) Какой вид опухоли развился у больного?</p> <p>2) К какой группе по международной классификации опухоль относится?</p> <p>3) Как называются слоистые образования в центре комплексов опухолевых клеток?</p> <p>4) Как называются узлы в печени и других органах?</p> <p>5) Каков механизм их развития?</p>		5970431542.html
3.	<p>У молодого солдата после осколочного ранения бедра нижняя конечность резко увеличена в размерах. Кожные покровы багрово-красные. При пальпации определяется крепитация. Больной в бессознательном состоянии.</p> <p>1) Назовите патологический процесс.</p> <p>2) Какова его этиология?</p> <p>3) Чем объясняется тяжесть состояния больного?</p> <p>4) Назовите возможные исходы патологического процесса.</p>	<p>1) гангрена</p> <p>2) травматический некроз с присоединением анаэробной флоры</p> <p>3) нарастанием интоксикации</p> <p>4) восходящая гангрена, сепсис</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN978</p>

			5970431542.html
4.	<p>У женщины 23 лет диагностирован лимфогранулематоз на основании микроскопического исследования удалённого увеличенного лимфатического узла шеи. Выявлена I стадия заболевания.</p> <p>1. Назовите болезнь именем ученого, впервые ее описавшего.</p> <p>2. Дайте название врачебного вмешательства, использованного у этой больной.</p> <p>3. Опишите I стадию болезни.</p> <p>4. Классифицируйте заболевание.</p> <p>5. Укажите ведущие диагностические критерии при прогрессировании лимфогранулематоза по данным микроскопического исследования.</p>	<p>1) болезнь Ходжкина</p> <p>2) биопсия лимфатического узла (инцизионная)</p> <p>3) с преобладанием лимфоидной ткани (локализованный)</p> <p>4) злокачественная лимфома</p> <p>5) клетки Рида – Березовского – Штернберга</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
5.	<p>У недоношенного ребенка после обработки пуповины развился гнойно-некротический омфалит. Состояние ребенка стало прогрессивно ухудшаться, и на 4-е сутки наступила смерть. На аутопсии в просвете пупочных сосудов обнаружены тромбы. Кожа и склеры слегка желтушны, выражены</p>	<p>1) пупочный сепсис</p> <p>2) септицемия</p> <p>3) дистрофия, воспалительная инфильтрация стромы</p> <p>4) ДВС-синдром (васкулит)</p> <p>5) гемолитическая</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-</p>

	<p>признаки геморрагического синдрома. Селезенка увеличена, даёт обильный соскоб пульпы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностируйте заболевание. 2. Уточните клинико-анатомическую форму заболевания. 3. Какие микроскопические изменения можно обнаружить в паренхиматозных органах? 4. С чем связаны проявления геморрагического синдрома? 5. О каком виде желтухи идет речь при данном заболевании? 		<p>Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	---	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Этиология и патогенез. Морфологическая характеристика стадий. Гипертоническая болезнь: факторы риска, причины развития, патогенез, морфологические изменения в сосудах и сердце.</p>	<p>Гипертоническая болезнь (синонимы: первичная, или эссенциальная, гипертензия, болезнь высокого артериального давления) – хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант</p>

		<p>является длительное и стойкое повышение артериального давления (гипертензия).</p> <p>Характер течения болезни может быть злокачественным (злокачественная гипертензия) и доброкачественным (доброкачественная гипертензия).</p> <p>При злокачественной гипертензии доминируют проявления гипертонического криза, т. е. резкого повышения артериального давления в связи со спазмом артериол.</p> <p>Морфологические проявления гипертонического криза достаточно характерны и представлены гофрированностью и</p>	<p>студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	---

		<p>деструкцией базальной мембраны эндотелия и своеобразным расположением его в виде частокола, что является выражением спазма артериолы (рис. 151), плазматическим пропитыванием или фибриноидным некрозом ее стенки (рис. 152) и присоединяющимся тромбозом. В связи с этим развиваются инфаркты, кровоизлияния. В настоящее время злокачественная гипертония встречается редко, преобладает доброкачественно и медленно текущая гипертоническая болезнь. При доброкачественной гипертонии, учитывая длительность развития болезни, различают три стадии, имеющие</p>	
--	--	--	--

		<p>определенные морфологические различия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. доклиническую; 2. распространенных изменений артерий; 3. изменений органов в связи с изменением артерий и нарушением внутриорганного кровообращения. <p>Клинико-морфологические формы</p> <p>На основании преобладания сосудистых, геморрагических, некротических и склеротических изменений в сердце, мозге, почках при гипертонической болезни выделяют сердечную, мозговую и почечную клинико-морфологические ее формы.</p> <p>Сердечная форма</p>	
--	--	--	--

		<p>гипертонической болезни, как и сердечная форма атеросклероза, составляет сущность ишемической болезни сердца (см. Ишемическая болезнь сердца).</p> <p>Мозговая форма гипертонической болезни в настоящее время стала основой цереброваскулярных заболеваний (см. Цереброваскулярные заболевания).</p> <p>Почечная форма гипертонической болезни характеризуется как острыми, так и хроническими изменениями.</p> <p>56.Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Этиология и патогенез.</p>	
--	--	---	--

		<p>Морфологическая характеристика стадий. Гипертоническая болезнь: факторы риска, причины развития, патогенез, морфологические изменения в сосудах и сердце.</p> <p>Гипертоническая болезнь (синонимы: первичная, или эссенциальная, гипертензия, болезнь высокого артериального давления) – хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого является длительное и стойкое повышение артериального давления (гипертензия). Патогенез. В механизме развития гипертонической болезни участвует ряд</p>	
--	--	---	--

		<p>факторов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нервный 2. рефлекторные 3. гормональные 4. почечный 5. наследственные <p>Считают, что психоэмоциональное перенапряжение (нервный фактор) ведет к истощению центров сосудистой регуляции с вовлечением в патогенетический механизм рефлекторных и гуморальных факторов. Среди рефлекторных факторов следует учитывать возможное выключение депрессорных влияний каротидного синуса и дуги аорты, а также активацию симпатической нервной системы. Среди гормональных факторов имеют значение усиление</p>	
--	--	--	--

		<p> прессорных влияний гипофизарно- диэнцефальной области (гиперплазия клеток задней и передней долей гипофиза), избыточное выделение катехоламинов (гиперплазия мозгового вещества надпочечников) и активация ренин- гипертензивной системы в результате нарастающей ишемии почек (гиперплазия и гипергранулярность клеток юктагломерулярного аппарата, атрофия интерстициальных клеток мозгового вещества почек). Почечному фактору в патогенезе гипертонической болезни придается исключительное значение, так как эксекреция почками </p>	
--	--	--	--

		<p>натрия и воды, секреция ими ренина, кининов и простагландинов – один из основных механизмов регуляции артериального давления.</p> <p>В системе кровообращения почка выполняет роль своеобразного регулятора, определяющего величину систолического артериального давления и обеспечивающего по механизму обратной связи его долгосрочную стабилизацию на определенном уровне (баростатная функция почки). Обратную связь в этой системе осуществляют нервные и эндокринные механизмы регуляции артериального</p>	
--	--	---	--

		<p>давления: автономная нервная система с барорецепторами и центрами сосудистой регуляции в стволе головного мозга, ренин-ангиотензиновая система, нейроэндокринная система (вазопрессин, окситоцин), кортикостероиды, натрий-уретический гормон и предсердный натрийуретический фактор. В связи с этим обязательным условием развития хронической артериальной гипертензии становится смещение кривой зависимости выделительной функции почки от величины систолического артериального давления в сторону более высоких ее значений. Этот</p>	
--	--	--	--

		<p>феномен получил название «переключения почки» [Гайтон А., 1980], которое сопровождается сокращением приносящих артериол, торможением работы противоточно-множительной системы почек, усилением реабсорбции воды в дистальных канальцах. В зависимости от активности прессорных систем почек говорят о вазоконстрикторной гипертензии при высокой активности ренина в плазме крови (наклонность к спазмам артериол резко выражена) или о гиперволемической гипертензии при низкой активности ренина (увеличение массы циркулирующей крови). Уровень</p>	
--	--	---	--

		<p>артериального давления определяется активностью не только прессорных, но и депрессорных систем, в том числе кининовой и простагландиновой систем почек, принимающих участие в экскреции натрия и воды.</p> <p>Роль наследственных факторов в патогенезе гипертонической болезни подтверждена результатами ряда экспериментальных исследований.</p> <p>Показано, например, что экскреторные и инкреторные функции почек, регулирующие уровень артериального давления, могут быть детерминированы генетически. В эксперименте получены линии животных со «спонтанной» артериальной</p>	
--	--	---	--

		<p>гипертонией, в основе которой лежат дефекты экскреторной и других функций почек. Убедительна в этом отношении и «мембранная теория» первичной гипертензии, согласно которой первичным звеном в генезе эссенциальной гипертензии является генетический дефект клеточных мембран в отношении регуляции распределения внутриклеточного кальция, что ведет к изменению сократительных свойств гладких мышц сосудов, усилению выделения медиаторов нервными окончаниями, повышению активности периферического отдела симпатической нервной системы и в</p>	
--	--	--	--

		<p>финале к сокращению артериол, результатом которого становится артериальная гипертензия и включение почечного фактора («переключение почки»). Естественно, что наследственная патология клеточных мембран не снимает роли стрессовых ситуаций, психоэмоционального напряжения в развитии гипертонической болезни. Мембранная патология клеток может быть лишь фоном, на котором благоприятно действуют другие факторы (схема XIX). Важно подчеркнуть тот факт, что почечный фактор нередко замыкает «порочный круг» патогенеза гипертонической</p>	
--	--	--	--

		<p>болезни, так как развивающийся артериосклероз и следующая за ним ишемия почек включают ренин-ангиотензин-альдостероновую систему.</p> <p>При доброкачественной гипертензии, учитывая длительность развития болезни, различают три стадии, имеющие определенные морфологические различия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. доклиническую; 2. распространенных изменений артерий; 3. изменений органов в связи с изменением артерий и нарушением внутриорганного кровообращения. <p>Однако следует учитывать, что в любой стадии доброкачественной гипертензии может</p>	
--	--	---	--

		<p>возникнуть гипертонический криз с характерными для него морфологическими проявлениями.</p> <p>О доклинической стадии гипертонической болезни говорят в тех случаях, когда появляются эпизоды временного повышения артериального давления (транзиторная гипертензия). В этой стадии находят гипертрофию мышечного слоя и эластических структур артериол и мелких артерий, морфологические признаки спазма артериол или более глубокие их изменения в случаях гипертонического криза. Отмечается умеренная компенсаторная</p>	
--	--	--	--

		<p>гипертрофия левого желудочка сердца. Стадия распространенных изменений артерий характеризует период стойкого повышения артериального давления. В артериолах, артериях эластического, мышечно-эластического и мышечного типов, а также в сердце возникают характерные изменения. Изменения артериол – наиболее типичный признак гипертонической болезни – выражаются в плазматическом пропитывании и его исходе – гиалинозе, или артериолосклерозе. Плазматическое пропитывание артериол и мелких артерий развивается в связи с гипоксическим</p>	
--	--	---	--

		<p>повреждением эндотелия, его мембраны, мышечных клеток и волокнистых структур стенки, к которому ведет спазм сосуда. Элементы деструкции стенки, как и пропитывающие ее белки и липиды, резорбируются с помощью макрофагов, однако эта резорбция, как правило, неполная. Развивается гиалиноз артериол, или артериолосклероз (рис. 153). Аналогичные изменения появляются в мелких артериях мышечного типа. Наиболее часто плазматическому пропитыванию и гиалинозу подвергаются артериолы и мелкие артерии почек, головного мозга, поджелудочной</p>	
--	--	---	--

		<p>железы, кишечника, сетчатки глаза, капсулы надпочечников.</p> <p>57. Ишемическая болезнь сердца. Понятие, эпидемиология, связь с атеросклерозом и гипертензией. Этиология и патогенез, факторы риска. Стенокардия: классификация, клинико-морфологическая характеристика. Внезапная коронарная (ишемическая) смерть. Хроническая ишемическая болезнь сердца: клинико-морфологическая характеристика, осложнения, причины смерти. Ишемическая болезнь сердца – группа заболеваний, обусловленных</p>	
--	--	--	--

		<p>абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровообращения. Поэтому ишемическая болезнь – это коронарная болезнь сердца. Среди непосредственных причин развития ишемической болезни сердца следует назвать длительный спазм, тромбоз или тромбоэмболию венечных артерий сердца и функциональное перенапряжение миокарда в условиях атеросклеротической окклюзии этих артерий. Этиологические факторы атеросклероза и гипертонической болезни, прежде всего психоэмоциональное перенапряжение, ведущее к</p>	
--	--	--	--

		<p>ангионевротическим нарушениям, являются этиологическими факторами ишемической болезни сердца. Поэтому-то атеросклероз, гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца «идут рядом». Лишь в редких случаях при ишемической болезни сердца отсутствует атеросклероз венечных артерий сердца. Патогенетические факторы ишемической болезни, атеросклероза и гипертонической болезни также общие. Среди них главные:</p> <ol style="list-style-type: none">1. гиперлипидемия;2. артериальная гипертензия;3. избыточная масса тела (ожирение);4. малоподвижный образ жизни;5. курение;	
--	--	--	--

		6. нарушение толерантности к углеводам, в частности сахарный диабет; 7. мочекислый диатез; 8. генетическая предрасположенность; 9. принадлежность к мужскому полу		
2.	<p>Воспалительные поражения сосудов - васкулиты. Классификация, патогенез. неинфекционные узелковый гигантоклеточный артериит, артериит гранулематоз</p> <p>Эпидемиология, патогенез, характеристика.</p>	<p>поражения васкулиты. Этиология, Основные васкулиты: периартериит, (височный) Такаясу, Вегенера. этиология, морфологическая</p>	<p>Васкулиты – это заболевания, характеризующиеся воспалением и некрозом сосудистой стенки. Различают местные (переход воспалительного процесса на сосудистую стенку с окружающих тканей) и системные васкулиты. Классификация По типу воспалительной реакции делятся на некротические, деструктивно-продуктивные и грануломатозные. По глубине поражения</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология : учебник : в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.html</p>

		<p>сосудистой стенки делятся на эндovasкулит, мезоваскулит и периваскулит, а при сочетании на эндомезоваскулит и панваскулит. По этиологии: на вторичные и первичные васкулиты. Первичные васкулиты делятся в зависимости от калибра сосуда на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) преимущественное поражение аорты и ее крупных ветвей (неспецифический аортоартериит – болезнь Такаясу, височный артериит – болезнь Хортона); 2) поражение артерий мелкого и среднего калибра (узелковый периартериит, аллергический грануломатоз, системный некротизирующий 	
--	--	--	--

		<p>васкулит, грануломатоз Вегенера, лимфатический синдром с поражением кожи и слизистых оболочек);</p> <p>3) поражение артерий мелкого калибра (облитерирующий тромбангит – болезнь Бюргера);</p> <p>4) поражение артерий различных калибров (смешанная неклассифицируемая форма).</p> <p>Вторичные васкулиты классифицируются по этиологическому агенту:</p> <p>1) при инфекционных заболеваниях (сифилитические, туберкулезные, риккетсиозные, септические и др.);</p> <p>2) при системных заболеваниях соединительной ткани (ревматические,</p>	
--	--	--	--

		<p>ревматоидные и волчаночные);</p> <p>3) васкулиты гиперчувствительности (сывороточная болезнь, пурпура Шенлейна—Геноха, эссенциальная смешанная криоглобулинемия, злокачественные новообразования).</p> <p>Вследствие развития васкулита в органах и тканях происходят следующие изменения – инфаркты, постинфарктный крупноочаговый и мелкоочаговый склероз, атрофия паренхиматозных элементов, гангрена и кровоизлияния. Общей патологической картиной для всех васкулитов являются воспалительные процессы во всех сосудах с последующим</p>	
--	--	---	--

		<p>склерозированием или некротизированием.</p> <p>Крупозная пневмония – острое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором поражается одна или несколько долей легкого (долевая, лobarная пневмония), в альвеолах появляется фибринозный экссудат (фибринозная, или крупозная, пневмония), а на плевре – фибринозные наложения (плевропневмония). Все перечисленные</p>	
--	--	--	--

		<p>названия болезни являются синонимами и отражают одну из особенностей заболевания.</p> <p>Крупозная пневмония – самостоятельное заболевание. Болеют преимущественно взрослые, редко – дети. Возбудителем болезни являются пневмококки I, II, III и IV типов; в редких случаях крупозная пневмония вызывается диплобациллой Фридлендера. Острое начало крупозной пневмонии среди полного здоровья и при отсутствии контактов с больными, как и носительство пневмококков здоровыми людьми, позволяет связать ее развитие с аутоинфекцией.</p> <p>По существующим уже</p>	
--	--	---	--

		<p>более 100 лет классическим представлениям, крупозная пневмония, которую следует рассматривать как паренхиматозную, в своем развитии проходит 4 стадии: прилива, красного опеченения, серого опеченения, разрешения. Все стадии занимают 9-11 дней.</p> <p>Стадия прилива продолжается сутки и характеризуется резкой гиперемией и микробным отеком пораженной доли; в отечной жидкости находят большое число возбудителей.</p> <p>Отмечается повышение проницаемости капилляров, начало диапедеза эритроцитов в просвет альвеол. Легкое несколько</p>	
--	--	--	--

		<p>уплотнено, резко полнокровно. Стадия красного опеченения возникает на 2-й день болезни. На фоне полнокровия и микробного отека усиливается диapedез эритроцитов, которые накапливаются в просвете альвеол. К ним примешиваются нейтрофилы, между клетками выпадают нити фибрина. В экссудате альвеол обнаруживается большое число пневмококков, отмечается фагоцитоз их нейтрофилами. Лимфатические сосуды, расположенные в межуточной ткани легкого, расширены, переполнены лимфой. Ткань легкого становится темно-красной, приобретает</p>	
--	--	---	--

		<p>плотность печени (красное опеченение легкого). Регионарные в отношении пораженной доли легкого лимфатические узлы увеличены, полнокровны. Стадия серого опеченения возникает на 4-6-й день болезни. В просвете альвеол накапливаются фибрин и нейтрофилы, которые вместе с макрофагами фагоцитируют распадающиеся пневмококки. Можно видеть, как нити фибрина через межальвеолярные поры проникают из одной альвеолы в другую. Число эритроцитов, подвергающихся гемолизу, уменьшается, снижается и интенсивность гиперемии.</p>	
--	--	---	--

		<p>Происходит фибринолитическое воздействие нейтрофилов на выпавший фибрин, которое, начавшись в стадии серого опеченения, в дальнейшем усиливается (рис. 183). Доля легкого в стадии серого опеченения увеличена, плотная, тяжелая, на плевре значительные фибриновые наложения (плевропневмония). На разрезе легкое серой окраски (см. рис. 183), с зернистой поверхности стекает мутная жидкость. Лимфатические узлы корня легкого увеличены, белорозовые; при гистологическом их исследовании находят картину острого</p>	
--	--	---	--

		<p>воспаления. Стадия разрешения наступает на 9- 11 -й день болезни. Фибринозный экссудат под влиянием протеолитических ферментов нейтрофилов и макрофагов подвергается расплавлению и рассасыванию. Происходит очищение легкого от фибрина и пневмококков: экссудат элиминируется по лимфатическим дренажам легкого и с мокротой. Фибринозные наложения на плевре рассасываются. Стадия разрешения растягивается иногда на несколько дней после клинически безлихорадочного течения болезни.</p>	
--	--	--	--

		<p>Различают легочные и внелегочные осложнения крупозной пневмонии. Легочные осложнения развиваются в связи с нарушением фибринолитической функции нейтрофилов. При недостаточности этой функции массы фибрина в альвеолах подвергаются организации, т. е. прорастают грануляционной тканью, которая, созревая, превращается в зрелую волокнистую соединительную ткань. Этот процесс организации называется карнификацией (от лат. сагпо – мясо). Легкое превращается в безвоздушную плотную мясистую ткань. При чрезмерной активности</p>	
--	--	--	--

		<p>нейтрофилов возможно развитие абсцесса и гангрены легкого. Присоединение гноя к фибринозному плевриту ведет к эмпиеме плевры.</p> <p>Внелегочные осложнения наблюдаются при генерализации инфекции. При лимфогенной генерализации возникают гнойные медиастинит и перикардит, при гематогенной – перитонит, метастатические гнойники в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный или полипозно-язвенный эндокардит, чаще правого сердца, гнойный артрит и т. д. Смерть при крупозной пневмонии наступает</p>	
--	--	---	--

		от недостаточности сердца (особенно часто в пожилом возрасте, а также при хроническом алкоголизме) или от осложнений (абсцесс мозга, менингит и т. д.).	
3.	Рак толстой кишки. Эпидемиология, этиология, классификация, макро- и микроскопическая морфологическая характеристика, клинические проявления, прогноз.	Из злокачественных опухолей толстой кишки первое место занимает рак. Из всех раковых опухолей кишечника чаще всего бывает рак толстой кишки (98-99%). Рак толстой кишки имеет тенденцию к учащению, смертность от него увеличивается. Из различных отделов толстой кишки рак чаще встречается в прямой кишке, реже в сигмовидной, слепой,	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentl

		<p>печеночном и селезеночном углах поперечной ободочной кишки.</p> <p>Раку прямой кишки обычно предшествуют хронический язвенный колит, полипоз, ворсинчатая опухоль или хронические свищи прямой кишки (предраковые заболевания).</p> <p>В зависимости от характера роста различают экзофитные, эндофитные и переходные формы рака.</p> <p>К экзофитным ракам относят бляшковидный, полипозный и крупнобугристый, к эндофитным – язвенный и диффузно-</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	--

		<p>инфильтративный, обычно суживающий просвет кишки, к переходным – блюдцеобразный рак.</p> <p>Среди гистологических типов рака кишечника выделяют аденокарциному, муцинозную аденокарциному, перстневидно-клеточный, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный, недифференцированный, неклассифицируемый рак. Экзофитные формы рака имеют обычно строение аденокарциномы, эндофитные формы – строение перстневидно-клеточного или</p>	
--	--	---	--

		<p>недифференцированного рака.</p> <p>Отдельно выделяют раки заднепроходного канала: плоскоклеточный, клоакогенный, мукоэпидермальный, аденокарциному.</p> <p>Метастазирует рак прямой кишки в регионарные лимфатические узлы и печень.</p> <p>Клинические симптомы. Выделения крови из заднего прохода. Выделения из прямой кишки гноя и слизи. Нарушения работы кишечника Кишечная непроходимость Боли в прямой кишке Нарушение общего</p>	
--	--	---	--

		состояния	
4.	Хронический пиелонефрит и рефлюксная нефропатия. Этиология, патогенез, морфологические варианты и морфологическая характеристика, клинические проявления, исходы.	Возбудителями его могут быть различные инфекции (кишечная палочка, энтерококк, стрептококк, стафилококк, протей и др.), однако в большинстве случаев – ки-шечная палочка. Чаще микробы заносятся в почки восходящим путем из моче-точников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала (урогенный восходящий пиелонефрит). Урогенному восхождению инфекции способствуют дискинезия мочеточников и	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1

		<p>лоханки, повышение внутрилоханочного давления (везикоренальный и пиелоренальный рефлюксы), а также обратное всасывание содержимого лоханок в вены мозгового вещества почек (пиеловенозный рефлюкс). Инфекционные агенты могут проникать в почку, в том числе и лоханку, с током крови (гематогенный нисходящий пиелонефрит). Такой путь возникновения пиелонефрита наблюдается при многих инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, грипп, ангина, сепсис).</p>	
--	--	--	--

		<p>Возможен и лимфогенный занос инфекции в почки (лимфогенный пиелонефрит), источником инфекции в этих случаях являются толстая кишка и половые органы.</p> <p>Для хронического пиелонефрита характерна пестрота изменений, так как склеротические процессы, как правило, сочетаются с экссудативно-некротическими.</p> <p>Изменения лоханок и чашечек сводятся к их склерозу, лимфоплазмочитарной инфильтрации, полипозу слизистой оболочки и метаплазии</p>	
--	--	---	--

		<p>переходного эпителия в многослойный плоский. В ткани почки выражено хроническое межпочечное воспаление с разрастанием соединительной ткани, инкапсуляцией абсцессов и макрофагальной резорбцией гнойно-некротических масс. Канальцы подвергаются дистрофии и атрофии. Сохранившиеся канальцы резко растянуты, эпителий их уплощен, просветы заполнены коллоидоподобным содержимым, почка напоминает по строению щитовидную железу. Выражен преимущественно</p>	
--	--	---	--

		<p>перигломерулярный и экстракапиллярный гломерулосклероз. Артерии и вены склерозированы. Изменения почечной ткани при хроническом пиелонефрите имеют очаговый характер: участки межпочечного воспаления, атрофии и склероза окружены относительно сохранной почечной тканью, в которой можно найти признаки регенерационной гипертрофии. Эта способность процесса определяет характерный вид почек при хроническом пиелонефрите: размеры почек неодинаковы, поверхность их крупнобугристая, на</p>	
--	--	---	--

		<p>разрезе видны поля рубцовой ткани, чередующаяся с относительно сохранившейся почечной паренхимой; лоханки расширены, стенки их утолщены, белесоваты.</p> <p>В финале хронического пиелонефрита развивается пиелонефритическая сморщенная почка или пиелонефритические сморщенные почки.</p> <p>При этом характерны неравномерное рубцовое сморщивание, образование плотных спаек между тканью почки и капсулой, склероз лоханок и лоханочной клетчатки, асимметрия процесса в обеих почках. Эти</p>	
--	--	--	--

		<p>признаки хотя и относительны, но позволяют отличать пиелонефритический нефросклероз от нефросклероза и нефроцирроза другой этиологии.</p> <p>Осложнения.</p> <p>При хроническом пиелонефрите, особенно одностороннем, возможно развитие нефрогенной артериальной гипертензии и артериолосклероза во второй (интактной) почке. Двустороннее пиелонефритическое сморщивание почек ведет к хронической почечной недостаточности.</p>	
--	--	---	--

		<p>Исход.</p> <p>Хронический пиелонефрит со сморщиванием почек нередко заканчивается азотемической уремией. При развитии нефрогенной артериальной гипертензии летальный исход при хроническом пиелонефрите иногда связан с теми осложнениями, которые встречаются при гипертонической болезни (кровоизлияние в мозг, инфаркт миокарда и др.).</p>	
5.	<p>Опухоли яичников. Факторы риска. Классификация. Особенности гистогенеза. Рак яичников: морфологическая характеристика,</p>	<p>Морфология опухолей яичников весьма разнообразна. Это</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное</p>

	<p>прогноз.</p>	<p>обусловлено в первую очередь тем, что яичники, в отличие от других органов, состоят не из двух компонентов — паренхимы и стромы, а из многих элементов различного гистогенеза. Выделяют много вариантов ткани, обеспечивающих основные функции этого органа: созревание половых клеток и выработку половых гормонов (покровный эпителий, яйцеклетка и ее эмбриональные и зрелые производные, гранулезные клетки, тека-ткань, хилусные клетки, соединительная ткань, сосуды, нервы и т.д.). В происхождении опухолей яичников</p>	<p>пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
--	-----------------	---	---

		<p>немаловажную роль играют рудименты, сохранившиеся с периода эмбриогенеза. Многие опухоли развиваются из постнатальных участков эпителия, разрастании, подверженных метаплазии и параплазии, в частности из эпителия маточных труб и матки, который может имплантироваться на поверхности яичника. Ряд опухолей яичника развиваются из эпителия, который способен к погружному росту, из него образуются опухоли полового тяжа: гранулезоклеточные опухоли, текомы, из</p>	
--	--	--	--

		<p>остатков мужской части гонады андрогенпродуцирующие опухоли (андробластомы). Варианты наиболее часто встречающихся опухолей яичников</p> <p>I. Опухоли поверхностного эпителия и стромы яичников (цистаденомы).</p> <p>А. Серозные опухоли: Б. Муцинозные опухоли: В. Эндометриоидные опухоли. Г. Опухоли Бреннера. Д. Рак яичников.</p> <p>II. Опухоли полового тяжа и стромы яичника.</p>	
--	--	---	--

		<p>А. Гранулезостромально-клеточные опухоли: Б. Андробластомы.</p> <p>III. Герминогенные опухоли.</p> <p>А. Дисгерминома. Б. Тератомы:</p> <p>Среди опухолей женских половых органов рак яичников занимает второе место после рака шейки матки. Он может развиваться из нормальных компонентов яичника (покровный мезотелий, яйцеклетка и ее производные, гранулезные клетки), рудиментарных его</p>	
--	--	---	--

		<p>образований (проток первичной почки, или вольфов проток), а также эмбриональных остатков. Однако большинство раковых опухолей яичников развивается в результате озлокачествления доброкачественных эпителиальных серозных или муцинозных опухолей. Рак яичников имеет обычно вид бугристого узла различных размеров. Речь идет обычно о злокачественных серозных и злокачественных псевдомуцинозных опухолях. Метастазы опухоли бывают лимфоидными</p>	
--	--	---	--

		гематогенными, встречаются в лимфатических узлах, брюшине и во внутренних органах.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - пользоваться научной литературой;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		

1.	<p>ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СТРУКТУР ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ</p> <p>1) лизис 2) атрофия 3) гиперплазия 4) гипертрофия 5) фрагментация 6) пролиферация</p>	1) лизис	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
2.	<p>ПОСЛЕ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ ВОЗНИКАЕТ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКОГО</p> <p>1) обструкционная 2) межуточная 3) сенильная 4) буллезная 5) викарная</p>	5) викарная	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология : учебник : в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

			студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ВИДЫ ФИБРИНОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ 1) крупозное 2) катаральное 3) флегмонозное 4) дифтеритическое 5) гранулематозное 6) интерстициальное	1) крупозное 4) дифтеритическое	Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html
2.	ОСТРАЯ ЯЗВА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ (ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ) ОТЛИЧАЕТСЯ	2) отсутствием склероза 4) наличием солянокислого	Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология : учебник : в 2 т. /

	<p>1) глубиной некроза 2) отсутствием склероза 3) характером воспаления 4) наличием солянокислого гематина</p>	гематина	<p>под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm</p> <p>1</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Головка смешанного тромба имеет строение тромба</p> <p>2. Тело смешанного тромба имеет строение тромба</p> <p>3. Хвост смешанного тромба имеет строение тромба</p> <p>А. Смешанного</p>	<p>1-Б 2-А 3-В</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология : учебник : в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:</p>

Б. Белого		https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm
В. Красного		1

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>У молодой женщины после аборта появилось кровохарканье, в легких обнаружены множественные очаги затемнения. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки найдены разрастания атипичных клеток цитио- и синцитиотрофобласта.</p> <p>1) Дайте название опухоли.</p> <p>2) Каковы особенности клинического течения опухоли?</p> <p>3) Уточните вид опухоли в зависимости от соотношения паренхимы и стромы.</p> <p>4) Определите группу международной классификации, к которой относится эта опухоль.</p> <p>5) Чем объяснить появление изменений в легких?</p>	<p>1) хориокарцинома</p> <p>2) злокачественная</p> <p>3) гистиоидная</p> <p>4) эпителиальная органоспецифическая</p> <p>5) гематогенные метастазы</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm</p> <p>1</p>

2.	<p>У женщины 38 лет в результате ожога на коже лица появились пузыри с мутноватым жидким содержимым и резкой гиперемией окружающих тканей.</p> <p>1) Определите характер общепатологического процесса.</p> <p>2) Классифицируйте его.</p> <p>3) Назовите жидкость внутри пузыря, ее состав.</p> <p>4) Опишите исходы процесса.</p>	<p>1) воспаление</p> <p>2) серозное (экссудативное)</p> <p>3) серозный экссудат: тканевая жидкость, полиморфноядерные лейкоциты, элементы погибшей ткани</p> <p>4) восстановление структуры (эпидермизация)</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
3.	<p>Больная 39 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, боли в костях. При рентгенологическом обследовании обнаружены очаги па23 зушного рассасывания в ребрах и костях таза. При исследовании трепанобиоптата выявлена массивная пролиферация плазматических клеток.</p>	<p>1) плазмоцитомы (миеломная болезнь)</p> <p>2) зрелая опухоль из лимфоидных клеток (В-клеточный вариант)</p> <p>3) остеолитический (остеопороз)</p> <p>4) хроническая почечная недостаточность</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. -</p>

	<p>1. Диагностируйте заболевание.</p> <p>2. Классифицируйте данный гемобластоз.</p> <p>3. Определите сущность изменений костной ткани.</p> <p>4. Назовите наиболее частую причину смерти больных с этой патологией.</p>	<p>(миеломная нефропатия, амилоидоз)</p>	<p>ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
4.	<p>В травматологическое отделение доставлен мальчик 10 лет с переломом бедренной кости. В области перелома костная ткань оказалась диффузно замещена кровоточащей опухолевой тканью красно-серого цвета. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль построена из атипичных сосудистых образований, эндотелий которых резко гиперхромный, с множеством митозов.</p> <p>1) Диагностируйте опухолевый процесс.</p> <p>2) Назовите группу опухолей по международной классификации.</p> <p>3) Определите тип роста опухоли.</p> <p>4) Уточните источник развития опухоли.</p>	<p>1) ангиосаркома (злокачественная гемангиоэндотелиома)</p> <p>2) мезенхимальные</p> <p>3) инфильтрирующий</p> <p>4) кровеносные сосуды</p> <p>5) гематогенный</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

	5) Укажите преобладающий путь метастазирования таких опухолей.		
5.	<p>На вскрытии трупа больного, умершего от хронической почечной недостаточности, обнаружены изменения сердца: листки сердечной сорочки тусклые, эпикард с серыми наложениями в виде легко снимающихся пленок. Эпикард полнокровен, с обилием точечных кровоизлияний.</p> <p>1) Диагностируйте патологический процесс в серозной оболочке сердца? 2) Дайте образное название сердца. 3) Уточните разновидность воспаления? 4) Какой аускультативный признак характерен для этого поражения? 5) Укажите варианты благоприятного исхода процесса.</p>	<p>1) фибринозный перикардит 2) волосатое 3) крупозное 4) рассасывание, спайки, облитерация полости перикарда</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Миокардит. Определение понятия, этиология. Вирусные, микробные и паразитарные миокардиты. Пато- и морфогенез, клинико-	Миокардит – воспаление миокарда, постоянно наблюдающееся при	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В.

	<p>морфологическая характеристика, исходы, причины смерти. Заболевания миокарда, обусловленные токсическими (алкоголь, лекарства, катехоламины), метаболическими другими воздействиями.</p>	<p>ревматизме. Выделяют 3 его формы: 1. узелковый продуктивный (гранулематозный); 2. диффузный межучочный экссудативный; 3. очаговый межучочный экссудативный. Узелковый продуктивный (гранулематозный) миокардит характеризуется образованием в периваскулярной соединительной ткани миокарда ревматических гранул (специфический ревматический миокардит – см. рис. 167). Гранулемы, распознающиеся только при микроскопическом исследовании, рассеяны по всему</p>	<p>В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	---	---	--

		<p>миокарду, наибольшее их число встречается в ушке левого предсердия, в межжелудочковой перегородке и задней стенке левого желудочка. Гранулемы находятся в различных фазах развития. «Цветущие («зрелые») гранулемы наблюдаются в период атаки ревматизма, «увядающие» или «рубцующиеся» – в период ремиссии. В исходе узелкового миокардита развивается периваскулярный склероз, который усиливается по мере прогрессирования ревматизма и может приводить к выраженному кардиосклерозу.</p> <p>Диффузный межуточный экссудативный</p>	
--	--	---	--

		<p>миокардит, описанный М. А Скворцовым, характеризуется отеком, полнокровием интерстиция миокарда и значительной инфильтрацией его лимфоцитами, гистиоцитами, нейтрофилами и эозинофилами. Ревматические гранулемы встречаются крайне редко, в связи с чем говорят о неспецифическом диффузном миокардите. Сердце становится очень дряблым, полости его расширяются, сократительная способность миокарда в связи с развивающимися в нем дистрофическими изменениями резко нарушается. Эта форма ревматического миокардита встречается</p>	
--	--	--	--

		<p>в детском возрасте и довольно быстро может заканчиваться декомпенсацией и гибелью больного. При благоприятном исходе в миокарде развивается диффузный кардиосклероз. Очаговый межучочный экссудативный миокардит характеризуется незначительной очаговой инфильтрацией миокарда лимфоцитами, гистиоцитами и нейтрофилами. Гранулемы образуются редко. Эта форма миокардита наблюдается при латентном течении ревматизма. При всех формах миокардита встречаются очаги повреждения и</p>	
--	--	--	--

		некробиоза мышечных клеток сердца. Такие изменения сократительного миокарда могут быть причиной декомпенсации даже в случаях с минимальной активностью ревматического процесса.	
2.	Бронхопневмония (очаговая пневмония). Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Особенности бронхопневмонии в зависимости от характера возбудителя, химического и физического фактора, возраста. Осложнения.	Бронхопневмонией называют воспаление легких, развивающееся в связи с бронхитом или бронхоолитом (бронхоальвеолит). Она имеет очаговый характер, может быть морфологическим проявлением как первичных (например, при респираторных вирусных инфекциях – см.), так и вторичных (как осложнение многих заболеваний) острых пневмоний. Болезнь могут вызывать различные	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm

		<p>микробные агенты – пневмококки, стафилококк, стрептококки, энтеробактерии, вирусы, микоплазма, грибы и др. Бронхопневмония развивается также при воздействии химических и физических факторов, что позволяет выделять уремическую, липидную, пылевую, радиационную пневмонии. Развитие бронхопневмонии связано с острым бронхитом или бронхиолитом, причем воспаление чаще распространяется на легочную ткань интрабронхиально (нисходящим путем, обычно при катаральном бронхите</p>	1
--	--	--	---

		<p>или бронхиолите), реже перибронхиально (обычно при деструктивном бронхите или бронхиолите). Бронхопневмония возникает гематогенным путем, что встречается при генерализации инфекции (септические пневмонии). При любой этиологии слизистая оболочка становится полнокровной и набухшей, продукция слизи железами и бокаловидными клетками резко усиливается; покровный призматический эпителий слизистой оболочки слущивается,</p>	
--	--	--	--

		<p>что ведет к повреждению мукоцилиарного механизма очищения бронхиального дерева. Стенки бронхов и бронхиол утолщаются за счет отека и клеточной инфильтрации. В дистальных отделах бронхов чаще возникает панбронхит и панбронхиолит, а в проксимальном – эндомезобронхит. Отек и клеточная инфильтрация стенки бронха нарушают дренажную функцию бронхов, что способствует аспирации инфицированной слизи в дистальные отделы бронхиального дерева;</p>	
--	--	--	--

		<p>при кашлевых толчках могут появляться преходящие расширения просвета бронхов – транзиторные бронхоэктазы.</p> <p>Очаги воспаления при бронхопневмонии обычно возникают в задних и задненижних сегментах легких – II, VI, VIII, IX, X. Они разных размеров, плотные, на разрезе серо-красные. В зависимости от размера очагов различают милиарную (альвеолит), ацинозную, дольковую, сливную дольковую, сегментарную и полисегментарную бронхопневмонии. В альвеолах отмечают</p>	
--	--	---	--

		<p>скопления экссудата с примесью слизи, много нейтрофилов, макрофагов, эритроцитов, сращенного альвеолярного эпителия; иногда определяется небольшое количество фибрина. Экссудат распределяется неравномерно: в одних альвеолах его много, в других – мало. Межалвеолярные перегородки пронизаны клеточным инфильтратом.</p> <p>Стафилококковая бронхопневмония обычно вызывается золотистым стафилококком, часто ее обнаруживают после перенесенной вирусной</p>	
--	--	---	--

		<p>инфекции. Она отличается тяжелым течением. Воспаление локализуется обычно в IX и X сегментах легкого, где находят очаги нагноения и некроза. После опорожнения гноя через бронхи образуются мелкие и более крупные полости. В окружности очагов некроза развивается серозногеморрагическое воспаление.</p> <p>Стрептококковая бронхопневмония вызывается обычно гемолитическим стрептококком, нередко в сочетании с вирусом. Протекает остро. Легкие увеличены, с поверхности стекает кровянистая жидкость.</p>	
--	--	--	--

		<p>В бронхах разного калибра преобладает лейкоцитарная инфильтрация, возможны некроз стенки бронхов, образование абсцессов и бронхоэктазов. Пневмококковая бронхопневмония характеризуется образованием очагов, тесно связанных с бронхиолами, в экссудате – нейтрофилы, фибрин. По периферии очагов пневмонии – зона отека, где обнаруживают много микробов. Легкое на разрезе пестрого вида. Грибковая бронхопневмония (пневмомикоз) может вызываться разными</p>	
--	--	---	--

		<p>грибами, но чаще всего типа Candida. Очаги пневмонии разных размеров (лобулярные, сливные), плотноватые, на разрезе серовато-розовой окраски. В центре очагов определяется распад, в котором обнаруживаются нити гриба.</p> <p>В значительной степени осложнения бронхопневмонии зависят от особенностей их этиологии, возраста и общего состояния больного. Фокусы пневмонии могут подвергаться карнификации или нагноению с образованием абсцессов; если очаг</p>	
--	--	--	--

		<p>расположен под плеврой, возможен плеврит.</p> <p>Смерть больных может быть обусловлена нагноением легкого, гнойным плевритом. Особенно опасна для жизни бронхопневмония в раннем детском и старческом возрасте.</p>	
3.	<p>Аппендицит. Распространение, этиология, патогенез. Классификация. Патологическая анатомия острого и хронического аппендицита. Осложнения.</p>	<p>Аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Аппендицит является энтерогенной аутоинфекцией. Патогенной становится вегетирующая в кишечнике флора, наибольшее значение имеют кишечная палочка, энтерококк. Изучение возможных</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант</p>

		<p>условий, способствующих инвазии микробов в стенку отростка и проявлению вирулентных свойств кишечной флоры, показало значение различных факторов, что послужило основой для создания патогенетических теорий аппендицита. Патологическая анатомия. Различают две клинико-анатомические формы аппендицита: острую и хроническую. Каждая из них имеет определенную морфологическую характеристику. Острый аппендицит. Различают следующие морфологические формы острого аппендицита:</p> <p>1. простой</p>	<p>студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	---

		<p>2. поверхностный 3. деструктивный (флегмонозный, апостематозный, флегмонозно- язвенный, гангренозный). Эти формы являются морфологическим отражением фаз острого воспаления аппендикса, завершающегося деструкцией и некрозом. Обычно оно продолжается 2-4 дня. Изменения, характерные для острого простого аппендицита, развиваются в течение первых часов от начала приступа. Они заключаются в расстройстве крово- и лимфообращения в виде стаза в капиллярах и венах, отеке, кровоизлияниях, скоплении</p>	
--	--	--	--

		<p>сидерофагов, а также краевом стоянии лейкоцитов и лейкодиapedeze. Эти изменения выражены главным образом в дистальном отделе аппендикса.</p> <p>Расстройства крово- и лимфообращения сочетаются с дистрофическими изменениями в интрамуральной нервной системе отростка.</p> <p>В последующие часы на фоне дисциркуляторных изменений в дистальном отделе аппендикса появляются фокусы экссудативного гнойного воспаления слизистой оболочки, называемые первичным аффектом. На вершине такого конусовидного фокуса,</p>	
--	--	---	--

		<p>обращенной в просвет отростка, отмечаются поверхностные дефекты эпителия. Эти микроскопические изменения характеризуют острый поверхностный аппендицит, при котором отросток становится набухшим, а серозная оболочка его – полнокровной и тусклой. Изменения, свойственные простому или поверхностному аппендициту, обратимы, если же они прогрессируют, развивается острый деструктивный аппендицит.</p> <p>К концу первых суток лейкоцитарный инфильтрат распространяется на всю толщу стенки отростка – развивается флегмонозный</p>	
--	--	---	--

		<p> аппендицит. Размеры отростка увеличиваются, серозная оболочка его становится тусклой и полнокровной, на поверхности ее появляется фибринозный налет; стенка на разрезе утолщена, из просвета выделяется гной. Брыжейка отечна, гиперемирована. Если на фоне диффузного гнойного воспаления отростка появляются множественные мелкие гнойнички (абсцессы), говорят об апостематозном аппендиците, если же к флегмонозному аппендициту присоединяется изъязвление слизистой оболочки – о флегмонозно-язвенном аппендиците. Завершает гнойно- </p>	
--	--	---	--

		<p>деструктивные изменения отростка гангренозный аппендицит, который называют вторичным, так как он возникает в результате перехода гнойного процесса на окружающие ткани, в том числе и на брыжеечку отростка (мезентериолит), что ведет к тромбозу аппендикулярной артерии.</p> <p>Вторичный гангренозный аппендицит следует отличать от гангрены аппендикса, развивающейся при первичном тромбозе или тромбоземболии его артерии. Очевидно, поэтому гангрену аппендикса не совсем удачно называют первичным гангренозным аппендицитом.</p>	
--	--	---	--

		<p>Вид аппендикса при гангренозном аппендиците весьма характерен. Отросток утолщен, серозная оболочка его покрыта грязно-зелеными фибринозно-гнойными наложениями. Стенка также утолщена, серо-грязного цвета, из просвета выделяется гной. При микроскопическом исследовании обнаруживаются обширные очаги некроза с колониями бактерий, кровоизлияния, тромбы в сосудах. Слизистая оболочка изъязвлена почти на всем протяжении. Осложнения. При остром аппендиците осложнения связаны с деструкцией отростка и распространением</p>	
--	--	--	--

		<p>гноя. Нередко возникающая при флегмонозно-язвенном аппендиците перфорация стенки ведет к развитию ограниченного и разлитого перитонита, который появляется также при самоампутации гангренозно-измененного аппендикса.</p> <p>Распространение гнойного процесса на окружающие отросток ткани и слепую кишку (периаппендицит, перитифлит) сопровождается образованием осумкованных гнойников, переходом воспаления на забрюшинную клетчатку. Весьма опасно развитие гнойного тромбофлебита</p>	
--	--	--	--

		<p>сосудов брыжейки с распространением его на ветви воротной вены и возникновением пилефлебита. Хронический аппендицит. Он развивается после перенесенного острого аппендицита и характеризуется склеротическими и атрофическими процессами, на фоне которых могут появиться воспалительно-деструктивные изменения. Обычно воспаление и деструкция сменяются разрастанием грануляционной ткани в стенке и просвете отростка. Грануляционная ткань созревает, превращается в рубцовую. Возникают</p>	
--	--	---	--

		<p>резкий склероз и атрофия всех слоев стенки, облитерация просвета отростка, между аппендиксом и окружающими тканями появляются спайки. Эти изменения могут сочетаться с гранулирующими и острыми язвами, гистиолимфоцитарной и лейкоцитарной инфильтрацией стенки аппендикса. Иногда при рубцовой облитерации проксимального отдела отростка в его просвете накапливается серозная жидкость и отросток превращается в кисту – развивается водянка отростка. Если содержимым кисты становится секрет желез – слизь, то говорят о мукоцеле. При прорыве кисты и попадании слизи и</p>	
--	--	---	--

		<p>образующих ее клеток в брюшную полость возможна имплантация этих клеток на брюшине, что ведет к ее изменениям, напоминающим опухоль-миксоме. В таких случаях говорят о псевдомиксоме брюшины.</p>	
4.	<p>Алкогольные поражения печени. Алкогольное ожирение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный цирроз печени. Эпидемиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения и причины смерти, исходы, прогноз.</p>	<p>Жировой гепатоз (стеатоз печени) - хроническое заболевание, характеризующееся повышенным накоплением жира в гепатоцитах.</p> <p>Этиология и патогенез.</p> <p>К жировому гепатозу ведут токсические воздействия на печень (алкоголь, инсектициды, некоторые</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>

		<p>лекарственные средства), эндокринно-метаболические нарушения, нарушения питания и гипоксия.</p> <p>Основное значение в развитии жирового гепатоза имеет хроническая алкогольная интоксикация.</p> <p>Развивается алкогольный стеатоз печени. В результате синтез триглицеридов в печени усиливается, мобилизация жирных кислот из жировых депо повышается, а использование жирных кислот в печени снижается.</p> <p>Образующиеся триглицериды являются инертными соединениями и не</p>	1
--	--	---	---

		<p>мешают синтетическим процессам, происходящим в гепатоцитах. Это объясняет длительность стеатоза печени при алкогольной интоксикации.</p> <p>Для развития жирового гепатоза имеет значение количество выпиваемого алкоголя и длительность его употребления (годами), хотя имеются большие индивидуальные различия в способности печени метаболизировать алкоголь. Печень при стеатозе большая, желтая или красно-коричневая, поверхность ее гладкая. В гепатоцитах определяется жир,</p>	
--	--	--	--

		<p>относящийся к триглицеридам. Ожирение гепатоцитов может быть пылевидным, мелкой крупнокапельным. Капля липидов оттесняет относительно сохранные органеллы на периферию, которая становится перстневидной. Жировая инфильтрация может охватывать единичные гепатоциты (так называемое диссеминированное ожирение), группы гепатоцитов (зональное ожирение) или всю паренхиму печени (диффузное ожирение). Различают три стадии жирового гепатоза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. простое ожирение, когда де-струкция 	
--	--	--	--

		<p>гепатоцитов не выражена и мезенхимально- клеточная реакция отсутствует;</p> <p>2. ожирение в сочетании с некробиозом гепатоцитов и мезенхимальноклеточн ой реакцией;</p> <p>3. ожирение с начинающейся перестройкой дольковой структуры печени.</p> <p>Третья стадия стеатоза печени необратима и рассматривается как предцирротическая.</p> <p>Алкогольный гепатит – острое или хроническое заболевание печени, связанное с алкогольной</p>	
--	--	--	--

		<p>интоксикацией.</p> <p>Алкоголь (этанол) является гепатотоксическим ядом и при определенной концентрации вызывает некроз печеночных клеток.</p> <p>Цитотоксическое действие этанола выражено сильнее и легче совершается в ранее измененной печеночной ткани (жировой гепатоз, хронический гепатит, цирроз). Повторные атаки острого алкогольного гепатита могут вести к развитию хронического персистирующего гепатита, который при прекращении употребления алкоголя</p>	
--	--	--	--

		<p>имеет доброкачественное течение. В ряде случаев развивается хронический активный алкогольный гепатит, который быстро заканчивается постнекротическим циррозом печени. Изменения печени при остром и хроническом алкогольном гепатите различны.</p> <p>Острый алкогольный гепатит имеет хорошо очерченную макроскопическую (лапароскопия) и микроскопическую (биопсия печени) характеристику. Печень выглядит плотной и бледной, с красноватыми участками и нередко с</p>	
--	--	---	--

		<p>Рубцовыми западениями.</p> <p>Микроскопическая картина острого алкогольного гепатита сводится к некрозу гепатоцитов, инфильтрации зон некрозов и портальных трактов нейтрофилами, к появлению большого количества алкогольного гиалина (телец Маллори) в цитоплазме гепатоцитов и экстрацеллюлярно.</p> <p>Алкогольный гиалин представляет собой фибриллярный белок, синтезируемый гепатоцитами под влиянием этанола, что ведет печеночные клетки к гибели.</p> <p>Хронический</p>	
--	--	---	--

		<p>алкогольный гепатит чаще проявляется в виде персистирующего, очень редко – активного. При хроническом персистирующем алкогольном гепатите находят ожирение гепатоцитов, склероз и обильную гистиолимфоцитарную инфильтрацию портальной стромы. Для хронического активного алкогольного гепатита характерны белковая (гидропическая, баллонная) дистрофия и некроз гепатоцитов на периферии долек, строение которых нарушается. Кроме того, выражена диффузная</p>	
--	--	--	--

		<p>гистиолимфоцитарная инфильтрация широких и склерозированных портальных трактов, причем клетки инфильтрата проникают на периферию долек, окружая и разрушая гепатоциты (ступенчатые некрозы).</p> <p>Исход алкогольного гепатита в цирроз – обычное явление. Возможно развитие и острой печеночной недостаточности.</p> <p>Портальный цирроз развивается медленно (в течение многих лет), главным образом при хроническом алкоголизме (алкогольный цирроз) и обменно-алиментарных нарушениях, так</p>	
--	--	--	--

		<p>называемом пищевом дисбалансе {"пищевой" цирроз). Для него характерны относительно ранние проявления портальной гипертензии и сравнительно поздняя печеночно-клеточная недостаточность.</p> <p>Портальный цирроз формируется вследствие вклинивания в дольки фиброзных септ из расширенных и склерозированных портальных и перипортальных полей, что ведет к соединению центральных вен с портальными сосудами и появлению мелких (монолобулярных) ложных долек.</p> <p>Портальный цирроз</p>	
--	--	--	--

		<p>обычно является финалом хронического гепатита алкогольной или вирусной природы и жирового гепатоза, поэтому морфологические признаки хронического воспаления и жировой дистрофии гепатоцитов встречаются при этом циррозе довольно часто. Печень при портальном циррозе маленькая, плотная, зернистая или мелкобугристая (мелкоузловой цирроз)</p>	
5.	<p>Эхинококкоз. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>Эхинококкоз (от греч. echinos – еж, kokkos – зерно) – гельминтоз из группы цестодозов, характеризующийся образованием эхинококковых кист в различных органах. Этиология,</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,</p>

		<p>эпидемиология и патогенез. Наибольшее значение в патологии человека и животных имеют Echinococcus granulosus, вызывающий гидатидозную форму эхинококкоза, и Echinococcus multilocularis, вызывающий альвеолярную форму эхинококкоза, или альвеококкоз. Гидатидозный эхинококкоз встречается чаще, чем альвеококкоз. В развитии гидатидозного эхинококкоза у человека большая роль принадлежит облигатному хозяину половозрелого ленточного червя: в природе – плотоядным животным (волки,</p>	<p>2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
--	--	--	--

		<p>шакалы и др.), в культурных очагах – собаке. У них паразит обитает в кишечнике. Личинка альвеококка, отличающаяся от личинки гидатидозного эхинококка, обнаруживается у грызунов и человека. Охота и скотоводство на пастбищах, загрязненных фекалиями зараженных хищников, приводят к заражению скота (коровы, олени и др.), поедающего загрязненную траву, и собак, которым скормливают внутренности убитых диких животных. Это обуславливает появление смешанных очагов инвазии. Заражение человека происходит в очагах инвазии при тесном контакте с</p>	
--	--	---	--

		<p>зараженными собаками, при разделке туш пораженных животных, пользовании загрязненными природными водоисточниками.</p> <p>При гидатидозном эхинококкозе в органах появляются пузыри (или один пузырь) той или иной величины (от ореха до головы взрослого человека). Они имеют беловатую слоистую хитиновую оболочку и заполнены прозрачной бесцветной жидкостью. В жидкости белок отсутствует, но содержится янтарная кислота. Из внутреннего герминативного слоя оболочки пузыря возникают дочерние пузыри со сколексами. Эти дочерние пузыри</p>	
--	--	---	--

		<p>заполняют камеру материнского пузыря (однокамерный эхинококк). Ткань органа, в котором развивается однокамерный эхинококк, подвергается атрофии. На границе с эхинококком разрастается соединительная ткань, образуя вокруг пузыря капсулу. В капсуле обнаруживаются сосуды с утолщенными стенками и очаги клеточной инфильтрации с примесью эозинофилов. В участках капсулы, прилегающей непосредственно к хитиновой оболочке, появляются гигантские клетки инородных тел, фагоцитирующие элементы этой</p>	
--	--	---	--

		<p>оболочки. Чаще эхинококковый пузырь обнаруживается в печени, легких, почках, реже – в других органах.</p> <p>При альвеококкозе онкосферы дают начало развитию сразу нескольких пузырей, причем вокруг них появляются очаги некроза. В пузырях альвеококкоза образуются выросты цитоплазмы, и рост пузырей происходит путем почкования наружу, а не внутрь материнского пузыря, как это имеет место при однокамерном эхинококке. В результате этого при альвеококкозе образуются все новые и новые пузыри, проникающие в ткань, что ведет к ее разрушению. Поэтому альвеококк называют</p>	
--	--	--	--

		<p>также многокамерным эхинококком.</p> <p>Следовательно, рост альвеококка имеет инфильтрирующий характер и подобен росту злокачественного новообразования.</p> <p>Выделяющиеся из пузырьков токсические вещества вызывают в окружающих тканях некроз и продуктивную реакцию. В грануляционной ткани много эозинофилов и гигантских клеток инородных тел, фагоцитирующих оболочки погибших пузырьков.</p> <p>При эхинококкозе осложнения чаще связаны с ростом пузыря в печени или метастазами альвеококка. Возможно развитие амилоидоза.</p>	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	2 - обосновать характер патологического процесса и его клинических проявлениях;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ 1) хроническая рецидивирующая язва 2) множественные острые эрозии 3) хроническая эрозия 4) острая язва	1) хроническая рецидивирующая язва	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. —

			79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	<p>ПРИ ОСТРОМ РЕВМАТИЗМЕ (ПЕРВИЧНОЙ АТАКЕ РЕВМАТИЗМА) НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) миокардит 2) перикардит 3) бурая атрофия миокарда 4) эндомиокардиальный фиброз</p>	1) миокардит	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</p> <p>1) 12-перстной кишке 2) толстой кишке 3) прямой кишке 4) желудке</p>	<p>1) 12-перстной кишке 4) желудке</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>ПРИ ВЫСОКОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОМ ДАВЛЕНИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ</p> <p>1) тошнота 2) тахикардия 3) брадикардия 4) сопор и кома 5) головная боль 6) снижение систолического артериального давления 7) повышение систолического артериального давления</p>	<p>1) тошнота 3) брадикардия 4) сопор и кома 5) головная боль 7) повышение систолического артериального давления</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL:</p>

			https://e.lanbook.com/book/105922
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Благоприятные исходы некроза</p> <p>2. Неблагоприятные исходы некроза</p> <p>А. Организация</p> <p>Б. Оссификация</p> <p>В. Нагноение</p> <p>Г. Петрификация</p> <p>Д. Инкапсуляция</p> <p>Е. Образование кисты</p>	<p>1-АБГДЕ</p> <p>2-В</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>На 15-й день с момента заболевания дифтерией у ребёнка 6 лет появились боли в сердце, определялись приглушенность тонов и расширение границ сердца. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности. На вскрытии сердце увеличено в размерах, дряблой консистенции, на разрезе серого цвета.</p> <p>1. Опишите микроскопические варианты острого дифтерийного миокардита.</p> <p>2. Расшифруйте понятия «ранний и поздний паралич сердца».</p> <p>3. Опишите этиологию заболевания.</p>	<p>1) инфекционно-токсический, интерстициальный</p> <p>2) острая сердечная недостаточность вследствие миокардита, паренхиматозный неврит</p> <p>3) коринобактерия (палочка дифтерии)</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>Больной длительное время страдал ревматическим пороком сердца. Смерть наступила от прогрессирующей сердечной декомпенсации. На вскрытии обнаружены отеки нижних</p>	<p>1) общее венозное полнокровие</p> <p>2) бурое уплотнение легких, цианотическая индурация почек и</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и</p>

	<p>конечностей, отек подкожной жировой клетчатки, скопление жидкости в серозных полостях. Печень увеличена в размерах, имеет желтовато-красную окраску. Легкие увеличены, бурого цвета. Почки и селезенка увеличены в размерах, уплотнены, синюшны.</p> <p>1) Назовите вид нарушения кровообращения.</p> <p>2) Дайте название изменениям легких, почек, селезенки.</p> <p>3) Как называются отечная жидкость в серозных полостях, отек подкожной жировой клетчатки?</p>	<p>селезенки</p> <p>3) транссудат, анасарка</p>	<p>доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
3.	<p>На вскрытии трупа больного, умершего от хронической почечной недостаточности, обнаружены изменения сердца: листки сердечной сорочки тусклые, эпикард с серыми наложениями в виде легко снимающихся пленок. Эпикард полнокровен, с обилием точечных кровоизлияний.</p> <p>1) Диагностируйте патологический</p>	<p>1) фибринозный перикардит</p> <p>2) волосатое</p> <p>3) крупозное</p> <p>4) рассасывание, спайки, облитерация полости перикарда</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный //</p>

	<p>процесс в серозной оболочке сердца? 2) Дайте образное название сердца. 3) Уточните разновидность воспаления? 4) Какой аускультативный признак характерен для этого поражения? 5) Укажите варианты благоприятного исхода процесса.</p>		<p>Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
4.	<p>При вскрытии трупа мужчины 56 лет, умершего от сердечной недостаточности, обнаружено значительное утолщение стенки правого желудочка до 1 см при массе сердца 460 г. Отмечена дилатация полостей правого предсердия и желудочка. 1) Диагностируйте патологический процесс в сердечной мышце. 2) Укажите его разновидность с учетом патогенеза. 3) Назовите стадию патологического процесса. 4) Какие микроскопические изменения сердечной мышцы могут подтвердить данную стадию процесса. 5) При каких заболеваниях могут развиваться указанные изменения сердца?</p>	<p>1) гипертрофия 2) компенсаторная (рабочая) 3) стадия декомпенсации 4) жировая дистрофия кардиомиоцитов, склероз стромы 5) хронические заболевания легких, пороки сердца</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

5.	<p>Больная с ожирением, развившимся вследствие неподвижного образа жизни и употребления большого количества пищи, богатой жирами и углеводами, жалуется на чувство тяжести в правом подреберье, иногда тошноту и горечь во рту. Пальпируется увеличенная печень.</p> <p>1. Какой процесс развился в печени? 2. Каковы морфогенетические механизмы его развития? 3. Какие микроскопические изменения можно обнаружить в пунктате печени у этой больной? 4. Какой окраской следует воспользоваться для определения этих изменений?</p>	<p>1. Жировая дистрофия. 2. Инфильтрация, трансформация. 3. Наличие капель жира в цитоплазме гепатоцитов, преимущественно в периферических отделах долек. 4. Судан III.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
----	---	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Бактериemia, сепсис, септический шок. Понятие о синдроме системного</p>	<p>Сепсис – это общее инфекционное заболевание, возникающее в связи с</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В.</p>

	<p>воспалительного ответа. Сепсис как особая форма развития инфекции. Отличия от других инфекций. Этиология, патогенез, взаимоотношения макро- и микроорганизма. Понятие о септическом очаге, входных воротах (классификация, морфология). Классификация сепсиса. Клинико-анатомические формы сепсиса.</p>	<p>существованием в организме очага инфекции. Основными морфологическими особенностями сепсиса являются тяжелые дистрофические и некробиотические изменения во внутренних органах, воспалительные процессы различной степени выраженности в них, а также существенная перестройка органов иммунной системы. Наиболее типичную морфологическую картину сепсис имеет при септикопиемии. Как правило, во всех наблюдениях отчетливо регистрируется первичный септический очаг, локализующийся во входных воротах. В тканях этого очага находится огромное количество микробных тел, регистрируются интенсивная инфильтрация лейкоцитами и</p>	<p>Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	--	--	---

		<p>участки некроза, определяются признаки острого флебита или тромбофлебита. Характерным признаком септикопиемии является наличие во многих органах метастатических гнойных очагов, которые часто можно обнаружить невооруженным глазом. Однако нередко эти очаги обнаруживаются только под микроскопом в виде небольших фокусов, как правило, около кровеносных или лимфатических сосудов с явлениями васкулита. Другим типичным признаком септикопиемии являются дистрофические и некротические изменения внутренних органов, степень выраженности которых часто зависит от продолжительности болезни.</p> <p>В начале болезни преобладают гиперпластические проявления,</p>	
--	--	--	--

		<p>что сопровождается увеличением их размеров и нарастанием площади функциональных областей, а при более длительном течении заболевания в органах иммуногенеза обнаруживаются деструктивные процессы, сопровождающиеся массовой гибелью иммунокомпетентных клеток с практически полным истощением всех органов иммунной системы. Наиболее типичными являются изменения селезенки («септическая селезенка»). Она увеличенная, дряблая, на разрезе вишнево-красного цвета. Другой вариант сепсиса – септицемия – характеризуется существенными особенностями. Как правило, для этой формы сепсиса типично молниеносное течение.</p> <p>Главный морфологический признак септицемии –</p>	
--	--	---	--

		<p>генерализованные сосудистые нарушения: стаз, лейкостаз, микротромбоз, геморрагия. Первичный септический очаг во входных воротах не всегда имеет четкую картину и нередко не обнаруживается (криптогенный сепсис). Метастатические очаги, типичные для септикопиемии, не выявляются, хотя в ряде случаев регистрируются небольшие воспалительные инфильтраты в строме некоторых органов. Характерны тяжелые деструктивные процессы в паренхиматозных органах и гиперпластические изменения органов иммуногенеза (в частности, «септическая селезенка»). Однако эффективность функционирования иммунной системы при этом невысокая и при микроскопическом исследовании выявляется</p>	
--	--	--	--

		<p>картина незавершенного фагоцитоза.</p> <p>Септицемия нередко рассматривается в связи с бактериальным (септическим) шоком, который вызывается преимущественно грамм-отрицательной флорой и протекает с грубыми расстройствами микроциркуляции, шунтированием крови. Глубокая ишемия внутренних органов, обусловленная сосудистыми расстройствами, приводит к некротическим процессам во многих органах (в частности, кортикальный некроз почек и т. д.).</p> <p>Типичны отек легких, геморрагии и эрозии в желудочно-кишечном тракте. Больные при сепсисе погибают от септического шока.</p>	
--	--	--	--

		<p>Бактериемия (присутствие инфекции в системном кровотоке) — одно из возможных, но не обязательных проявлений сепсиса. Отсутствие бактериемии не должно влиять на постановку диагноза при наличии обозначенных выше критериев сепсиса. Даже при самом скрупулёзном соблюдении техники забора крови и использовании современных технологий определения микроорганизмов у самых тяжёлых больных частота положительных результатов, как правило, не превышает 45%. Обнаружение микроорганизмов в кровотоке без клиниколабораторных подтверждений синдрома системного воспаления нужно расценивать как транзиторную бактериемию.</p>	
2.	Ревматизм: этиология, классификация, пато- и морфогенез, морфологическая	Ревматизм (болезнь Сокольского – Буйо) – инфекционно-аллергическое заболевание с	14. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И.

	<p>характеристика и методы диагностики, прогноз. Эндокардит, миокардит, перикардит и панкардит: классификация, клинико-морфологическая характеристика, осложнения. Висцеральные поражения при ревматизме.</p>	<p>преимущественным поражением сердца и сосудов, волнообразным течением, периодами обострения (атаки) и затихания (ремиссии). Чередование атак и ремиссий может продолжаться много месяцев и даже лет; иногда ревматизм принимает скрытое течение.</p> <p>В возникновении и развитии заболевания доказана роль β-гемолитического стрептококка группы А, а также сенсibilизации организма стрептококком (рецидивы ангины). Придается значение возрастным и генетическим факторам (ревматизм-полигенно наследуемое заболевание). При ревматизме возникает сложный и многообразный иммунный ответ (реакции гиперчувствительности немедленного и замедленного типов) на многочисленные антигены стрептококка. Основное значение придается антителам, перекрестно</p>	<p>Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
--	---	--	---

		<p>реагирующим с антигенами стрептококка и антигенами тканей сердца, а также клеточным иммунным реакциям. Некоторые ферменты стрептококка оказывают протеолитическое влияние на соединительную ткань и способствуют расщеплению комплексов гликозаминогликанов с белками в основном веществе соединительной ткани. В результате иммунного ответа на компоненты стрептококка и на продукты распада собственных тканей в крови больных появляется широкий спектр антител и иммунных комплексов, создаются предпосылки для развития аутоиммунных процессов. Ревматизм принимает характер непрерывно-рецидивирующего заболевания с чертами аутоагрессии. Структурную основу ревматизма составляют системная прогрессирующая дезорганизация</p>	
--	--	--	--

		<p>соединительной ткани, поражение сосудов, особенно микроциркуляторного русла, и иммунопатологические процессы. В наибольшей степени все эти процессы выражены в соединительной ткани сердца (основное вещество клапанного и пристеночного эндокарда и в меньшей степени листков сердечной сорочки), где можно проследить все фазы ее дезорганизации: мукоидное набухание, фибриноидные изменения, воспалительные клеточные реакции и склероз. Мукоидное набухание является поверхностной и обратимой фазой дезорганизации соединительной ткани и характеризуется усилением метахроматической реакции на гликозаминогликаны (преимущественно гиалуроновую кислоту), а также гидратацией основного вещества. Фибриноидные изменения (набухание и некроз)</p>	
--	--	--	--

		<p>представляют собой фазу глубокой и необратимой дезорганизации: наслаиваясь на мукоидное набухание, они сопровождаются гомогенизацией коллагеновых волокон и пропитыванием их белками плазмы, в том числе фибрином.</p> <p>Клеточные воспалительные реакции выражаются образованием прежде всего специфической ревматической гранулемы. На всех фазах развития ревматические гранулемы окружаются лимфоцитами и единичными плазматическими клетками. Ревматические гранулемы образуются в соединительной ткани как клапанного, так и пристеночного эндокарда, миокарда, эпикарда, адвентиции сосудов. В редуцированном виде они встречаются в перитонзиллярной, периартикулярной и межмышечной соединительной ткани.</p>	
--	--	--	--

	<p>Помимо гранулем, при ревматизме наблюдаются неспецифические клеточные реакции, имеющие диффузный или очаговый характер. Они представлены межучными лимфогистиоцитарными инфильтратами в органах. Склероз является заключительной фазой дезорганизации соединительной ткани. Он носит системный характер, но наиболее выражен в оболочках сердца, стенках сосудов и серозных оболочках. Чаще всего склероз при ревматизме развивается в исходе клеточных пролифераций и гранулем (вторичный склероз), в более редких случаях-в исходе фибриноидного изменения соединительной ткани (гиалиноз, «первичный склероз»).</p> <p>Наиболее характерные изменения при ревматизме развиваются в сердце и сосудах.</p> <p>Выраженные дистрофические и</p>	
--	---	--

		<p>воспалительные изменения в сердце развиваются в соединительной ткани всех его слоев, а также в сократительном миокарде. Ими главным образом и определяется клинимо-морфологическая картина заболевания.</p> <p>. Эндокардит – воспаление эндокарда – одно из ярких проявлений ревматизма. По локализации различают эндокардит клапанный, хордальный и пристеночный. Наиболее выраженные изменения развиваются в створках митрального или аортального клапанов. Изолированное поражение клапанов правого сердца наблюдается очень редко и при наличии эндокардита клапанов левого сердца.</p> <p>При ревматическом эндокардите отмечаются дистрофические и некробиотические изменения эндотелия, мукоидное, фибриноидное набухание и</p>	
--	--	--	--

		<p>некроз соединительной основы эндокарда, клеточная пролиферация (гранулематоз) в толще эндокарда и тромбообразование на его поверхности. Сочетание этих процессов может быть различным, что позволяет выделить несколько видов эндокардита. Выделяют 4 вида ревматического клапанного эндокардита [Абрикосов А. И., 1947]:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диффузный, или вальвулит 2. острый бородавчатый 3. фибропластический 4. возвратно-бородавчатый. <p>Диффузный эндокардит, или вальвулит [по В. Т. Талалаеву], характеризуется диффузным поражением створок клапанов, но без изменений эндотелия и тромботических наложений. Острый бородавчатый эндокардит сопровождается повреждением эндотелия и образованием по замыкающему краю створок (в местах повреждения эндотелия) тромботических наложений в</p>	
--	--	---	--

		<p>виде бородавок (рис. 168). Фибропластический эндокардит развивается как следствие двух предыдущих форм эндокардита при особой склонности процесса к фиброзу и рубцеванию. Возвратно-бородавчатый эндокардит характеризуется повторной дезорганизацией соединительной ткани клапанов, изменением их эндотелия и тромботическими наложениями на фоне склероза и утолщения створок клапанов. В исходе эндокардита развиваются склероз и гиалиноз эндокарда, что приводит к его утолщению и деформации створок клапана, т. е. к развитию порока сердца.</p> <p>Миокардит – воспаление миокарда, постоянно наблюдающееся при ревматизме. Выделяют 3 его формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. узелковый продуктивный (гранулематозный); 2. диффузный межучочный экссудативный; 	
--	--	---	--

		<p>3. очаговый межучочный экссудативный. Узелковый продуктивный (гранулематозный) миокардит характеризуется образованием в периваскулярной соединительной ткани миокарда ревматических гранулем. Гранулемы, распознающиеся только при микроскопическом исследовании, рассеяны по всему миокарду, наибольшее их число встречается в ушке левого предсердия, в межжелудочковой перегородке и задней стенке левого желудочка. Гранулемы находятся в различных фазах развития. «Цветущие («зрелые») гранулемы наблюдаются в период атаки ревматизма, «увядающие» или «рубцующиеся» – в период ремиссии. В исходе узелкового миокардита развивается периваскулярный склероз, который усиливается по мере прогрессирования ревматизма и может приводить к</p>	
--	--	---	--

		<p>выраженному кардиосклерозу. Диффузный междуточный экссудативный миокардит, описанный М. А Скворцовым, характеризуется отеком, полнокровием интерстиция миокарда и значительной инфильтрацией его лимфоцитами, гистиоцитами, нейтрофилами и эозинофилами. Ревматические гранулемы встречаются крайне редко, в связи с чем говорят о неспецифическом диффузном миокардите. Сердце становится очень дряблым, полости его расширяются, сократительная способность миокарда в связи с развивающимися в нем дистрофическими изменениями резко нарушается. Эта форма ревматического миокардита встречается в детском возрасте и довольно быстро может заканчиваться декомпенсацией и гибелью больного. При благоприятном исходе в миокарде развивается диффузный кардиосклероз.</p> <p>Очаговый междуточный</p>	
--	--	---	--

		<p>экссудативный миокардит характеризуется незначительной очаговой инфильтрацией миокарда лимфоцитами, гистиоцитами и нейтрофилами. Гранулемы образуются редко. Эта форма миокардита наблюдается при латентном течении ревматизма. При всех формах миокардита встречаются очаги повреждения и некробиоза мышечных клеток сердца. Такие изменения сократительного миокарда могут быть причиной декомпенсации даже в случаях с минимальной активностью ревматического процесса.</p> <p>Перикардит имеет характер серозного, серозно-фибринозного или фибринозного и нередко заканчивается образованием спаек. Возможна облитерация полости сердечной сорочки и обызвествление образующейся в ней соединительной ткани (панцирное сердце).</p> <p>При сочетании эндои</p>	
--	--	--	--

		<p>миокардита говорят о ревматическом кардите, а при сочетании эндо-, миои перикардита – о ревматическом панкардите.</p> <p>Сосуды разного калибра, в особенности микроциркуляторного русла, постоянно вовлекаются в патологический процесс. Возникают ревматические васкулиты – артерииты, артериолиты и капилляриты. В артериях и артериолах возникают фибриноидные изменения стенок, иногда тромбоз. Капилляры окружаются муфтами из пролиферирующих адвентициальных клеток. Наиболее выражена пролиферация эндотелиальных клеток, которые слущиваются. Такая картина ревматического эндотелиоза характерна для активной фазы заболевания. Проницаемость капилляров резко повышается. Васкулиты при ревматизме носят системный характер, т. е. могут</p>	
--	--	---	--

		<p>наблюдаться во всех органах и тканях. В исходе ревматического васкулита развивается склероз сосудов (артериосклероз, артериолосклероз, капилляросклероз).</p> <p>Поражение суставов – полиартрит – считается одним из постоянных проявлений ревматизма. В настоящее время оно встречается у 10-15% больных. В полости сустава появляется серозно-фибринозный выпот. Синовиальная оболочка полнокровна, в острой фазе в ней наблюдаются мукоидное набухание, васкулиты, пролиферация синовиоцитов. Суставной хрящ обычно сохраняется. Деформации обычно не развиваются. В околосуставных тканях, по ходу сухожилий соединительная ткань может подвергаться дезорганизации с гранулематозной клеточной реакцией. Возникают крупные узлы, что характерно для</p>	
--	--	--	--

		<p>нодозной (узловой) формы ревматизма. Узлы состоят из очага фибриноидного некроза, окруженного валом из крупных клеток макрофагального типа. С течением времени такие узлы рассасываются, и на их месте остаются рубчики.</p> <p>Поражение нервной системы развивается в связи с ревматическими васкулитами и может выражаться дистрофическими изменениями нервных клеток, очагами деструкции мозговой ткани и кровоизлияниями. Такие изменения могут доминировать в клинической картине, что чаще встречается у детей – церебральная форма ревматизма (малая хоря).</p> <p>При ревматической атаке наблюдаются воспалительные изменения серозных оболочек (ревматический полисерозит), почек (ревматический очаговый или диффузный гломерулонефрит), легких с поражением сосудов и интерстиция (ревматическая</p>	
--	--	--	--

		<p>пневмония), скелетных мышц (мышечный ревматизм), кожи в виде отека, васкулитов, клеточной инфильтрации (нодозная эритема), эндокринных желез, где развиваются дистрофические и атрофические изменения.</p> <p>В органах иммунной системы находят гиперплазию лимфоидной ткани и плазмноклеточную трансформацию, что отражает состояние напряженного и извращенного (аутоиммунизация) иммунитета при ревматизме.</p> <p>Клинико-анатомические формы.</p> <p>По преобладанию клинико-морфологических проявлений заболевания выделяются (в известной мере условно) следующие описанные выше формы ревматизма:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кардиоваскулярная 2. полиартритическая 3. нодозная (узловатая) 4. церебральная. <p>Осложнения ревматизма чаще</p>	
--	--	---	--

		<p>связаны с поражением сердца, В исходе эндокардита возникают пороки сердца. Бородавчатый эндокардит может стать источником тромбоэмболий сосудов большого круга кровообращения, в связи с чем возникают инфаркты в почках, селезенке, в сетчатке, очаги размягчения в головном мозге, гангрена конечностей и т. д. Ревматическая дезорганизация соединительной ткани приводит ксклерозу, особенно выраженному в сердце. Осложнением ревматизма могут стать спаечные процессы в полостях (облитерация полости плевры, перикарда и т. д.).</p> <p>Смерть от ревматизма может наступить во время атаки от тромбоэмболических осложнений, но чаще больные умирают от декомпенсированного порока сердца.</p>	
3.	Бронхиальная астма.	Бронхиальная астма –	Патологическая

	<p>Определение, классификация. Атопическая бронхиальная астма. Провоцирующие факторы, пато- и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика, исходы, причины смерти.</p>	<p>заболевание, характеризующееся приступами экспираторной одышки, которые возникают вследствие нарушения проходимости бронхов. Причиной возникновения данного заболевания являются аллергены или инфекционные агенты либо их комбинация. Не следует забывать о лекарственных препаратах, которые, действуя на β-рецепторы, способны вызывать бронхообструкцию. К таким препаратам относится группа β-блокаторов. Патологическая анатомия в легких при астме может быть различной. Так, в остром периоде (во время приступа) отмечаются резкое полнокровие сосудов микроциркуляторного русла и повышение их проницаемости. Развивается отек слизистой и подслизистого слоя. Они</p>	<p>анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm</p>
--	---	---	--

		<p>инфильтрируются лейкоцитами, базофилами, эозинофилами, лимфоидными и плазматическими клетками. Базальная мембрана бронхов утолщается и набухает. Возникает гиперсекреция слизи за счет бокаловидных клеток и слизистых желез. В просвете бронхов скапливается слизистый секрет с примесью эозинофилов и клеток слущенного эпителия, который препятствует прохождению воздуха. Если имеет место аллергическая реакция, то при иммуногистохимическом исследовании выявляется свечение IgE на поверхности клеток. При повторяющихся приступах в стенке бронхов развиваются диффузное хроническое воспаление, утолщение и гиалиноз базальной мембраны, склероз межальвеолярных перегородок</p>	
--	--	---	--

		и хроническая обструктивная эмфизема легких. Возникает гипертония малого круга кровообращения, что приводит к формированию легочного сердца и в конечном результате – к сердечно-легочной недостаточности.	
4.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Общая характеристика пептических (хронических) язв разных локализаций. Эпидемиология, этиология, Патогенез. Патологическая анатомия в период обострения и ремиссии. Осложнения, исходы. Хроническая язва желудка как предраковое состояние.	Язвенная болезнь – хроническое, циклически текущее заболевание, основным клиническим и морфологическим выражением которого является рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки. В зависимости от локализации язвы и особенностей патогенеза болезни различают язвенную болезнь с локализацией язвы в пилородуоденальной зоне или теле желудка, хотя существуют и сочетанные формы. Причины образования язв	Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст]: учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с.: ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDowndown.asp?MacroName=%CF%E0%F2%E

		<p>различны: инфекционный процесс, аллергические, токсические и стрессорные факторы, лекарственные и эндокринные факторы, а также послеоперационные осложнения (пептические язвы). Важно отметить наличие предрасполагающих факторов – это старческий возраст, мужской пол, первая группа крови и т. д. В ходе формирования язвы важную роль отводят эрозии, которая представляет собой дефект слизистой оболочки, не проникающий за пределы мышечного слоя. Эрозия образуется в результате некроза участка слизистой оболочки с последующим кровоизлиянием и отторжением мертвой ткани. На дне эрозии находится солянокислый гематин, а в ее краях – лейкоцитарный инфильтрат. Эрозия легко эпителизируется, но при развитии язвенной болезни некоторые эрозии не заживают, некрозу начинают подвергаться</p>	<p>0%ED%E0%F2_%E4%E8%E0%E3%ED%E0%EA%E0_%E6%E5%EB%F3%E4%EA%E0_%D1%E C%E8%F0%ED%E E%E2_2017&Macro Acc=A&DbVal=47</p>
--	--	--	--

		<p>глубокие слои стенки желудка. Острая язва имеет неправильную округлую или овальную форму и напоминает воронку. По мере очищения от некротических масс выявляется дно острой язвы, представленное мышечным слоем. Дно окрашено (за счет гематина) в грязно-серый или черный цвет.</p> <p>Хроническая язва имеет четкую овальную или круглую форму, размером от нескольких миллиметров до 5–6 см, проникает в стенку желудка на различную глубину, вплоть до серозного слоя. Дно язвы гладкое, иногда шероховатое, края валикообразно приподняты и плотные. Край язвы, обращенный к пищеводу, подрыв, и слизистая оболочка нависает над ним, а противоположный край пологий.</p> <p>Различают период ремиссии и обострения. В период ремиссии в краях язвы рубцовая ткань, слизистая оболочка по краям</p>	
--	--	---	--

		<p>утолщена и гиперемирована. В области дна разрушенный мышечный слой, замещающийся рубцовой тканью, в которой много сосудов с утолщенными стенками. Нервные волокна и ганглиозные клетки подвергаются дистрофическим изменениям и распаду. В период обострения в области дна и краев язвы появляется широкая зона фибриноидного некроза. На поверхности некротических масс располагается фибринозно-гнойный или гнойный экссудат. Зону некроза ограничивает грануляционная ткань с большим числом тонкостенных сосудов и клеток, среди которых много эозинофилов. Ниже расположена грубоволокнистая рубцовая ткань.</p> <p>Осложнения.</p> <ol style="list-style-type: none">язвенно-деструктивные (кровотечение, прободение, пенетрация);воспалительные (гастрит,	
--	--	--	--

		<p>дуоденит, перигастрит, перидуоденит);</p> <p>3. язвенно-рубцовые (сужение входного и выходного отделов желудка, деформация желудка, сужение просвета двенадцатиперстной кишки, деформация ее луковицы);</p> <p>4. малигнизация язвы (развитие рака из язвы);</p> <p>5. комбинированные осложнения.</p>	
5.	<p>Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб, Базедова болезнь): патогенез, морфологические особенности щитовидной железы, патология внутренних органов.</p>	<p>Диффузный токсический зоб (болезнь Базедова, болезнь Грейвса) – наиболее яркое проявление синдрома гипертиреозидизма, поэтому его называют также тиреотоксическим зобом. Причиной его развития является аутоим-мунизация: аутоантитела стимулируют клеточные рецепторы тиреоцитов. Это позволяет отнести диффузный токсический зоб к "антительным болезням</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentl</p>

		<p>рецепторов".</p> <p>Морфологические особенности диффузного токсического зоба выявляются лишь при микроскопическом исследовании. К ним относятся превращение призматического эпителия фолликулов в цилиндрический; пролиферация эпителия с образованием сосочков, ветвящихся внутри фолликулов; вакуолизация и изменение тинкториальных свойств коллоида (плохо воспринимает красители) в связи с разжижением его и обеднением йодом; лимфоплазмочитарная инфильтрация стромы, формирование лимфатических фолликулов с зародышевыми центрами.</p> <p>При болезни Базедова находят ряд висцеральных проявлений. В сердце, миокард которого гипертрофирован (особенно</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	--

		<p>левого желудочка), в связи с тиреотоксикозом наблюдаются серозный отек и лимфоидная инфильтрация межочечной ткани, а также внутриклеточный отек мышечных волокон – тиреотоксическое сердце. В исходе его развивается диффузный межочечный склероз. В печени также наблюдается серозный отек с редким исходом в фиброз (тиреотоксический фиброз печени). Дистрофические изменения нервных клеток, периваскулярные клеточные инфильтраты обнаруживают в промежуточном и продолговатом мозге. Нередко находят увеличение вилочковой железы, гиперплазию лимфоидной ткани и атрофию коры надпочечников. Смерть при диффузном токсическом зобе может</p>	
--	--	--	--

		<p>наступить от сердечной недостаточности, истощения. Во время операции удаления зуба может развиваться острая надпочечниковая недостаточность.</p>	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
<p>УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>1 - базовыми технологиями преобразования информации: самостоятельной работой с учебной литературой на бумажных и электронных носителях, интернет-ресурсах по патологической анатомии;</p>

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

Выберите один правильный ответ			
1.	<p>НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</p> <p>1) менингит 2) отогенные 3) урогенные 4) полимиозит 5) остеомиелит</p>	3) урогенные	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm</p> <p>1</p>
2.	<p>ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ У ВЗРОСЛЫХ</p> <p>1) нанизм 2) кретинизм 3) микседема 4) акромегалия 5) лакторея-аменорея</p>	3) микседема	<p>Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст:</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ КОМАХ</p> <p>1) стаз 2) отек 3) ликворея 4) энцефалит 5) микротромбоз</p>	<p>1) стаз 2) отек 5) микротромбоз</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>

2.	<p>ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗРЕЛОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) рубцеванием 2) гиперплазией 3) фиброплазией 4) гипертрофией</p>	<p>1) рубцеванием 3) фиброплазией</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Иммунное гранулематозное воспаление развивается при</p> <p>2. Неиммунное гранулематозное воспаление развивается при</p>	<p>1-БГ 2-АВ</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е</p>

	<p>А. Шистосомозе</p> <p>Б. Туберкулезе</p> <p>В. Бешенстве</p> <p>Г. Сифилисе</p>		<p>изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>У больного 65 лет, страдавшего атеросклерозом, появились боли в правой ноге, ткани I пальца стопы стали</p> <p>отечными, черного цвета, эпидермис отслоился, появилось отделяемое с</p>	<p>1. Гангрена.</p> <p>2. Влажная гангрена.</p> <p>3. Изменения сосудов.</p> <p>4. Образование сернистого железа.</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский,</p>

	<p>неприятным запахом.</p> <p>1. Какая клинико-морфологическая форма некроза развилась у больного?</p> <p>2. Какая разновидность этой формы?</p> <p>3. Какова причина этого некроза?</p> <p>4. Как объяснить черный цвет некротизированных тканей?</p>		<p>О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>У больного, страдавшего пороком сердца (недостаточность клапанов аорты), внезапно появилась бледность кожных покровов, резко упало артериальное давление, наступила смерть. При судебно-медицинском вскрытии обнаружен разрыв аневризмы в восходящем отделе аорты, интима аорты с множественными бугристыми и втяжениями.</p>	<p>1. Сифилитическая.</p> <p>2. Сифилитический мезаортит.</p> <p>3. Плазматические клетки, лимфоциты; в наружной и средней оболочке аорты.</p> <p>4. Эластолиз</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlib.ru</p>

	<p>1. Какова этиология процесса?</p> <p>2. С каким патологическим процессом связано развитие аневризмы аорты (название)?</p> <p>3. Каков клеточный состав инфильтрата в стенке аорты и в каких ее слоях он локализуется?</p> <p>4. Как изменяются эластические волокна в стенке аорты?</p>		<p>library.ru/book/ISBN9785970461396.html</p> <p>1</p>
3.	<p>После ушиба колена у мальчика появилось опухолевидное разрастание в области эпифиза бедренной кости.</p> <p>После стационарного обследования принято решение ампутировать бедро. При обследовании удаленной конечности в области нижнего эпифиза бедра обнаружено разрастание опухоли, разрушающей кость, не имеющей четких границ, серо-розового цвета, на разрезе вида</p>	<p>1. Саркома. 2. Злокачественная. 3. Из костной (остеосаркома). 4. В легких.</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedl</p>

	<p>«рыбьего мяса».</p> <p>1. Назовите опухоль?</p> <p>2. Доброкачественная она или злокачественная?</p> <p>3. Из какой ткани развилась?</p> <p>4. Где можно ожидать первые метастазы опухоли?</p>		<p>ib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
4.	<p>Больной поступил в клинику с жалобами на слабость, похудание, наличие множества узлов в подкожной клетчатке. Незадолго до этого (месяц) случайно повредил пигментное пятно (невус) в межлопаточной области. Некоторые из узлов бурого цвета. Печень увеличена, поверхность ее бугристая. При нарастающих явлениях кахексии наступила смерть. При вскрытии обнаружены узлы черно-бурого цвета не только в подкожной клетчатке, но и в печени, легких, лимфатических узлах.</p> <p>1. Назовите опухоль?</p> <p>2. Из какой ткани она развивается?</p>	<p>1. Меланома.</p> <p>2. Из меланинообразующей ткани.</p> <p>3. Кожа, глаз, мягкие мозговые оболочки.</p> <p>4. Наличие пигмента меланина</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

	<p>3. Где искать первичную локализацию опухоли?</p> <p>4. Чем обусловлен цвет метастатических узлов?</p>		
5.	<p>У больного, который долго курил и страдал хроническим бронхитом, обнаружена опухоль легкого. Произведено хирургическое вмешательство, опухоль удалена. Она представлена округлым серо-белым образованием до 4 см в диаметре с нечеткими границами, связана со стенкой бронха, которую прорастает. При микроскопическом исследовании опухоли обнаружены пласты атипичного плоского эпителия среди хорошо развитой стромы.</p> <p>1. Дайте название опухоли?</p> <p>2. Назовите виды ее в зависимости от способности эпителия к кератообразованию.</p> <p>3. Доброкачественная эта опухоль или злокачественная?</p> <p>4. Обладает ли органоспецифичностью?</p> <p>5. Где возможны первые метастазы при этой опухоли?</p>	<p>1. Плоскоклеточный рак.</p> <p>2. Ороговевающий и неороговевающий.</p> <p>3. Злокачественная.</p> <p>4. Нет.</p> <p>5. Регионарные лимфатические узлы.</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Болезни коркового вещества надпочечников. Гиперфункция коркового вещества надпочечников (гиперадренализм): синдром Кушинга, гиперальдостеронизм, адреногенитальные синдромы. Причины, патогенез, морфологическая характеристика надпочечников, клинические проявления, прогноз, принципы лечения.</p>	<p>Вирилизм — (лат. virilis — мужской, свойственный мужчине) — развитие мужских вторичных половых признаков, применительно к обоим полам. Мужские вторичные половые признаки: понижение и огрубление голоса, рост волос на лице и теле по мужскому тип</p> <p>Корковое вещество и мозговое вещество надпочечников имеют разное происхождение и продуцируют разные гормоны.</p> <p>Корковое вещество надпочечников происходит из мезодер-</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>

		<p>мальных клеток и имеет три зоны, в которых вырабатываются стероидные гормоны. Внешняя зона (zona glomeruloza) продуцирует минералокортикоиды (альдостерон), промежуточная зона (zona fasciculata) — глюкокортикоиды (кортизол), внутренняя зона (zona reticularis) — андрогены и прогестины.</p> <p>Мозговое вещество, которое окружено корковым веществом, происходит из эктодермальных клеток нервного гребня. Хромаффинные клетки мозгового вещества продуцируют эpi-</p>	
--	--	---	--

		<p>нефрин и другие катехоламины. Клетки, подобные хромаффинным, встречаются и в других местах, например в параганглиях.</p> <p>Болезни с преимущественным поражением коркового вещества надпочечников.</p> <p><i>Гиперкортизолизм (синдром Кушинга)</i> в зависимости от механизма развития делят на две группы: АКТГ-зависимый и АКТГ-независимый.</p> <p>АКТГ-зависимый синдром Кушинга развивается при введении больших доз АКТГ или его синтетического аналога (ятро-генные причины) в связи с</p>	
--	--	--	--

		<p>гиперсекрецией АКТГ гипофизом и развитием двусторонней гиперплазии коркового вещества надпочечников (чаще называют болезнью Кушинга), а также при развитии злокачественных и доброкачественных опухолей, секретирующих АКТГ, вне эндокринной системы.</p> <p>Синдром Кушинга развивается также при введении больших доз кортикостероидов (ятрогенные причины) и развитии аденомы или аденокарциномы коркового вещества надпочечников.</p> <p>Характерны ведущие клинические проявления: ожирение</p>	
--	--	--	--

		<p>по верхнему типу (лицо и туловище), появление стрий, развитие стероидного сахарного диабета, гипертензии, иммунологических изменений, сопровождающихся повышенной чувствительностью организма к инфекции, истончение кожи, остеопороз. При АКТГ-зависимых причинах развития синдрома Кушинга наблюдается двусторонняя гиперплазия коркового вещества надпочечников с расширением zona reticularis. В 10 % случаев синдром Кушинга развивается в связи с аденомами коркового вещества</p>	
--	--	---	--

		<p>надпочечников. Эти опухоли чаще (80 % случаев) встречаются у женщин. Карцинома вещества надпочечников также может быть причиной синдрома Кушинга (10% наблюдений у взрослых), чаще всего у детей.</p> <p>Злокачественность опухолей надпочечников невозможно определить с помощью обычных критериев — митотическая активность и характер роста по отношению к окружающим тканям. Обычно карциномы ведут себя как доброкачественные опухоли, поэтому основным критерием злокачественности является наличие</p>	
--	--	--	--

		<p>метастазов.</p> <p>При наличии функционирующей аденомы или карциномы контралатеральный надпочечник атрофируется. Вещества, подобные в функциональном и иммунологическом отношении, могут секретироваться и неэндокринными опухолями, обычно мелкоклеточной карциномой легкого (до 60 % случаев). Большинство опухолей, вызывающих развитие эктопического АКТГ-синдрома, являются быстро растущими злокачественными опухолями.</p> <p><i>Гиперальдостеронизм (первичный альдостеронизм,</i></p>	
--	--	---	--

		<p>синдром Конна) обусловлен повреждением надпочечника и развивается приблизительно в 1/3 случаев гиперфункции его коркового вещества (коры). Увеличение продукции альдостерона вызывает задержку натрия, увеличение общего объема плазмы крови, повышение артериального давления и торможение секреции ренина.</p> <p>Большинство больных с первичным альдостеронизмом — женщины в возрасте 30—50 лет, страдающие гипертонией.</p> <p>При синдроме Конна чаще всего</p>	
--	--	--	--

		<p>обнаруживается единичная доброкачественная аденома надпочечника. Опухоль окружена капсулой, золотисто-желтая на разрезе. Преобладают светлые клетки с липидными включениями, похожие на клетки zona fasciculata.</p> <p>При <i>вторичном альдостеронизме</i> увеличение продукции альдостерона обусловлено экстраадреналовыми причинами, главным образом почечной гипертензией и отеками, и связано с гиперсекрецией ренина.</p> <p>Адреногенитальные синдромы. <i>Врожденная</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>гиперплазия надпочечников</i></p> <p>развивается в результате гиперпродукции АКТГ и наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Сопровождается увеличением концентрации надпочечниковых андрогенов, приводящим к вирилизации. Обычно признаки заболевания можно обнаружить при рождении ребенка. Наблюдается гиперплазия коркового вещества надпочечников, клетки его эозинофильны, с нежно-зернистой цитоплазмой. У взрослых</p>	
--	--	---	--

		надпочечниковый вирилизм может быть обусловлен гиперплазией, аденомой или карциномой надпочечников.	
2.	Цереброваскулярная болезнь. Эпидемиология, классификация, фоновые заболевания и факторы риска. Инфаркт (ишемический инсульт) головного мозга. Клинические проявления, причины, патогенез. Значение атеросклероза мозговых артерий и поражения артерий при других заболеваниях. Морфологическая классификация и характеристика, исход.	Классификация цереброваскулярных заболеваний I. Заболевания головного мозга с ишемическим повреждением 1. Ишемическая энцефалопатия 2. Ишемический инфаркт головного мозга 3. Геморрагический инфаркт головного мозга II. Внутричерепные кровоизлияния 1. Внутримозговые 2. Субарахноидальные	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704- 3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

		<p>3. Смешанные III. Гипертензионные цереброваскулярные заболевания</p> <p>1. Лакунарные изменения</p> <p>2. Субкортикальная лейкоэнцефалопатия</p> <p>3. Гипертензионная энцефалопатия</p> <p>Различают следующие основные группы заболеваний: 1) заболевания головного мозга, связанные с ишемическими повреждениями — ишемическая энцефалопатия, ишемический и геморрагический инфаркты головного мозга; 2) внутричерепные кровоизлияния; 3) гипертензионные цереброваскулярные заболевания — лакунарные изменения,</p>	
--	--	---	--

		<p>субкортикальная лейкоэнцефалопатия, гипертензионная энцефалопатия.</p> <p>В клинике используется термин инсульт (от лат. insultare -скакать), или мозговой удар. Инсульт может быть представлен разнообразными патологическими процессами: - геморрагическим инсультом — гематомой, геморрагическим пропитыванием, субарахноидальным кровоизлиянием; - ишемическим инсультом — ишемическим и геморрагическим инфарктом.</p> <p>Заболевания головного мозга, обусловленные ишемическим повреждением.</p>	
--	--	--	--

		<p>Ишемическая энцефалопатия. Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий сопровождается нарушениями в поддержании постоянного уровня кровяного давления в сосудах головного мозга. Возникает хроническая ишемия. Наиболее чувствительными к ишемии являются нейроны, прежде всего пирамидные клетки коры большого мозга и грушевидные нейроны (клетки Пуркинье) мозжечка, а также нейроны зоны Зиммера гиппокампа. В этих клетках регистрируются кальциевые повреждения с развитием коагуляционного</p>	
--	--	--	--

		<p>некроза и апоптоза. Механизм может быть обусловлен продукцией этими клетками нейротрансмиттеров (глутамата, аспартата), способных вызывать ацидоз и раскрытие ионных каналов. Ишемия вызывает также активацию генов c-fos в этих клетках, ведущую к апоптозу. Морфологически характерны ишемические изменения нейронов — коагуляция и эозинофилия цитоплазмы, пикноз ядер. На месте погибших клеток развивается глиоз. Процесс затрагивает не все клетки. При гибели небольших групп пирамидных клеток коры большого мозга говорят о ламинарном</p>	
--	--	--	--

		<p>некрозе. Наиболее часто ишемическая энцефалопатия развивается на границе бассейнов передней и среднемозговой артерий, где в силу особенностей ангиоархитектоники имеются благоприятные условия для гипоксии — слабое анастомозирование сосудов. Здесь иногда обнаруживаются очаги коагуляционного некроза, называемые также обезвоженными инфарктами. При длительном существовании ишемической энцефалопатии возникает атрофия коры большого мозга. Может развиваться коматозное состояние с потерей корковых функций.</p> <p>Инфаркты головного</p>	
--	--	---	--

		<p> мозга. Причины инфарктов головного мозга аналогичны таковым при ИБС, но в некоторых случаях ишемия может быть вызвана сдавлением сосуда выростами твердой мозговой оболочки при дислокации головного мозга, а также падением системного АД. </p> <p> Ишемический инфаркт головного мозга характеризуется развитием колликвационного некроза неправильной формы ("очаг размягчения")- </p> <p> Макроскопически определяется только через 6—12 ч. Через 48—72 ч формируется зона демаркационного воспаления, а затем происходит резорбция некротических масс и </p>	
--	--	---	--

		<p>образуется киста. В редких случаях на месте некроза небольших размеров развивается глиальный рубчик.</p> <p>Геморрагический инфаркт головного мозга чаще является результатом эмболии артерий головного мозга, имеет корковую локализацию.</p> <p>Геморрагический компонент развивается за счет диапедеза в демаркационной зоне и особенно выражен при антикоагулянтной терапии.</p>	
3.	<p>Хронический пиелонефрит и рефлюксная нефропатия. Этиология, патогенез, морфологические варианты и морфологическая характеристика, клинические проявления, исходы.</p>	<p>Возбудителями его могут быть различные инфекции (кишечная палочка, энтерококк, стрептококк, стафилококк, протей и др.), однако в большинстве случаев – кишечная палочка. Чаще микробы</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. -</p>

		<p>заносятся в почки восходящим путем из мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала (урогенный восходящий пиелонефрит). Урогенному восхождению инфекции способствуют дискинезия мочеточников и лоханки, повышение внутрилоханочного давления (везикоренальный и пиелоренальный рефлюксы), а также обратное всасывание содер-жимого лоханок в вены мозгового вещества почек (пиеловенозный рефлюкс). Инфекционные агенты могут проникать в почку, в том числе и лоханку, с током крови</p>	<p>ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	--

		<p>(гематогенный нисходящий пиелонефрит). Такой путь возникновения пиелонефрита наблюдается при многих инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, грипп, ангина, сепсис). Возможен и лимфогенный занос инфекции в почки (лимфогенный пиелонефрит), источником инфекции в этих случаях являются толстая кишка и половые органы.</p> <p>Для хронического пиелонефрита характерна пестрота изменений, так как склеротические процессы, как правило, сочетаются с экссудативно-некротическими. Изменения лоханок и</p>	
--	--	---	--

		<p> чашечек сводятся к их склерозу, лимфоплазмочитарной инфильтрации, полипозу слизистой оболочки и метаплазии переходного эпителия в многослойный плоский. В ткани почки выражено хроническое межпочечное воспаление с разрастанием соединительной ткани, инкапсуляцией абсцессов и макрофагальной резорбцией гнойно-некротических масс. Канальцы подвергаются дистрофии и атрофии. Сохранившиеся канальцы резко растянуты, эпителий их уплощен, просветы заполнены коллоидоподобным содержимым, почка </p>	
--	--	--	--

		<p>напоминает по строению щитовидную железу. Выражен преимущественно перигломерулярный и экстракапиллярный гломерулосклероз. Артерии и вены склерозированы. Изменения почечной ткани при хроническом пиелонефрите имеют очаговый характер: участки межуточного воспаления, атрофии и склероза окружены относительно сохранной почечной тканью, в которой можно найти признаки регенерационной гипертрофии. Эта способность процесса определяет характерный вид почек при хроническом пиелонефрите: размеры почек неодинаковы, поверхность их</p>	
--	--	--	--

		<p>крупнобугристая, на разрезе видны поля рубцовой ткани, чередующаяся с относительно сохранившейся почечной паренхимой; лоханки расширены, стенки их утолщены, белесоваты.</p> <p>В финале хронического пиелонефрита развивается пиелонефритическая сморщенная почка или пиелонефритические сморщенные почки. При этом характерны неравномерное рубцовое сморщивание, образование плотных спаек между тканью почки и капсулой, склероз лоханок и лоханочной клетчатки, асимметрия процесса в обеих почках. Эти признаки хотя и относительны, но</p>	
--	--	--	--

		<p>позволяют отличать пиелонефритический нефросклероз от нефросклероза и нефроцирроза другой этиологии.</p> <p>Осложнения.</p> <p>При хроническом пиелонефрите, особенно одностороннем, возможно развитие нефрогенной артериальной гипертензии и артериолосклероза во второй (интактной) почке. Двустороннее пиелонефритическое сморщивание почек ведет к хронической почечной недостаточности.</p> <p>Исход.</p> <p>Хронический пиелонефрит со сморщиванием почек нередко заканчивается азотемической уремией. При развитии</p>	
--	--	--	--

		нефрогенной артериальной гипертензии летальный исход при хроническом пиелонефрите иногда связан с теми осложнениями, которые встречаются при гипертонической болезни (кровоизлияние в мозг, инфаркт миокарда и др.).	
4.	Опухоли яичников. Факторы риска. Классификация. Особенности гистогенеза. Рак яичников: морфологическая характеристика, прогноз.	Морфология опухолей яичников весьма разнообразна. Это обусловлено в первую очередь тем, что яичники, в отличие от других органов, состоят не из двух компонентов — паренхимы и стромы, а из многих элементов различного гистогенеза. Выделяют много вариантов ткани, обеспечивающих основные функции этого органа:	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL :

		<p>созревание половых клеток и выработку половых гормонов (покровный эпителий, яйцеклетка и ее эмбриональные и зрелые производные, гранулезные клетки, тека-ткань, хилусные клетки, соединительная ткань, сосуды, нервы и т.д.). В происхождении опухолей яичников немаловажную роль играют рудименты, сохранившиеся с периода эмбриогенеза. Многие опухоли развиваются из постнатальных участков эпителия, разрастании, подверженных метаплазии и параплазии, в частности из эпителия маточных труб и матки, который может</p>	<p>https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	--

		<p>имплантироваться на поверхности яичника. Ряд опухолей яичника развиваются из эпителия, который способен к погружному росту, из него образуются опухоли полового тяжа:</p> <p>гранулезоклеточные опухоли, текомы, из остатков мужской части гонады андрогенпродуцирующие опухоли (андробластомы).</p> <p>Варианты наиболее часто встречающихся опухолей яичников</p> <p>I. Опухоли поверхностного эпителия и стромы яичников (цистаденомы).</p> <p>A. Серозные опухоли: Б. Муцинозные опухоли:</p>	
--	--	---	--

		<p>В. Эндометриоидные опухоли.</p> <p>Г. Опухоли Бреннера.</p> <p>Д. Рак яичников.</p> <p>II. Опухоли полового тяжа и стромы яичника.</p> <p>А. Гранулезостромально-клеточные опухоли: Б. Андробластомы.</p> <p>III. Герминогенные опухоли.</p> <p>А. Дисгерминома. Б. Тератомы:</p> <p>Среди опухолей женских половых органов рак яичников занимает второе место после рака шейки матки. Он может развиваться из нормальных компонентов яичника (покровный мезотелий,</p>	
--	--	--	--

		<p>яйцеклетка и ее производные, гранулезные клетки), рудиментарных его образований (проток первичной почки, или вольфов проток), а также эмбриональных остатков. Однако большинство раковых опухолей яичников развивается в результате озлокачествления доброкачественных эпителиальных серозных или муцинозных опухолей. Рак яичников имеет обычно вид бугристого узла различных размеров. Речь идет обычно о злокачественных серозных и злокачественных псевдомуцинозных опухолях. Метастазы опухоли бывают лимфоидными</p>	
--	--	---	--

		гематогенными, встречаются в лимфатических узлах, брюшине и во внутренних органах.	
5.	Рак легкого. Распространение, этиология, патогенез. Предраковые состояния. Клинико-морфологическая классификация. Морфология прикорневого и периферического рака легкого, характер роста, осложнения. Гистологические формы рака. Закономерности метастазирования. Причины смерти.	Рак легкого в подавляющем большинстве случаев развивается из эпителия бронхов и очень редко – из альвеолярного эпителия. Среди больных раком легкого преобладают мужчины, у них он встречается в 4 раза чаще, чем у женщин. Этиология и патогенез неоднозначны для центрального и периферического рака легкого. В этиологии центрального рака легкого имеют значение прежде всего вдыхаемые канцерогенные вещества, курение	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1

		<p>сигарет. В развитии периферического рака легкого велика роль канцерогенных веществ, проникающих с кровью и лимфой. Определенную роль в развитии рака легкого играют хронические воспалительные процессы, ведущие к развитию пневмосклероза, хронического бронхита, бронхоэктазов, так как на почве этих процессов развиваются гиперплазия, дисплазия и метаплазия эпителия, способствующие развитию рака (предраковые изменения). Морфогенез центрального рака легкого связан с такими предраковыми изменениями эпителия крупных бронхов, как</p>	
--	--	--	--

		<p>базально-клеточная гиперплазия, дисплазия и плоскоклеточная метаплазия. Морфогенез периферического рака легкого иной. Показано, что эта форма рака возникает в очагах пневмосклероза после перенесенного туберкулеза, пневмонии, инфаркта легкого, вокруг инородных тел («рак в руб-це»). В рубце появляется ряд условий, способствующих злокачественной трансформации клеток: депонирование преимущественно экзои эндогенных канцерогенов, гипоксия, местная иммуносупрессия, нарушение межклеточных взаимодействий и др.</p>	
--	--	---	--

		<p>Поэтому в очагах пневмосклероза при периферическом раке обнаруживают более широкий спектр предопухолевых изменений, чем в крупных бронхах: базально-клеточную гиперплазию, плоскоклеточную метаплазию, дисплазию эпителия мелких бронхов, бронхиол и альвеол, аденоматозную гиперплазию и так называемые опухольки. Ключевым моментом патогенеза рака легкого является повреждение генома эпителиальной клетки. При этом выделяют три типа генетических изменений: хромосомные aberrации, точечные мутации, активацию и повреждение</p>	
--	--	--	--

		<p>протоонкогенов (протоонкогены – нормальные гены клеток, являющиеся прародителями вирусных и невирусных онкогенов).</p> <p>Классификация. По локализации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прикорневой (центральный), исходящий из стволового, долевого и начальной части сегментарного бронха; 2. периферический, исходящий из периферического отдела сегментарного бронха и его ветвей, а также из альвеолярного эпителия; 3. смешанный (массивный). <p>По характеру роста:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. экзофитный (эндобронхиальный); 2. эндофитный (экзобронхиальный и 	
--	--	--	--

		<p>перибронхиальный); По макроскопической форме: 1. бляшковидный; 2. полипозный; 3. эндобронхиальный диффузный; 4. узловатый; 5. разветвленный; 6. узловато- разветвленный. По микроскопическому виду: 1. плоскоклеточный (эпидермоидный) рак; 2. аденокарцинома; 3. недифференцированны й анапластический рак: мелкоклеточный, крупноклеточный; 4. железисто- плоскоклеточный рак; 5. карцинома бронхиальных желез: аденоидно-кистозная, мукоэпидермоидная. Патологическая анатомия. Морфология</p>	
--	--	---	--

		<p>прикорневого (центрального), периферического и смешанного (массивного) рака легкого различна. Прикорневой (центральный) рак наблюдается в 45-50% всех случаев рака легкого. Развивается в слизистой оболочке стволового, долевого и начальной части сегментарного бронхов, первоначально в виде небольшого узелка (бляшки) или полипа, а в дальнейшем в зависимости от характера роста (экзофитный, эндофитный), приобретает форму эндобронхиального диффузного, узловатого, разветвленного или узловато-</p>	
--	--	--	--

		<p>разветвленного рака. Часто и рано, не достигая больших размеров, осложняется сегментарным или долевым ателектазом, являющимся почти постоянным спутником прикорневого рака. Ателектаз ведет к нарушению дренажной функции бронха, развитию пневмонии, абсцесса, бронхоэктазов и тем самым маскирует маленький рак бронха. Из крупного бронха опухоль при эндофитном росте распространяется на ткань средостения, сердечную сорочку и плевру. Развивающийся при этом плеврит носит серозно-геморрагический или геморрагический характер. Прикорневой</p>	
--	--	--	--

		<p>рак чаще имеет строение плоскоклеточного, реже – железистого или недифференцированного.</p> <p>Периферический рак обнаруживают в 50-55% случаев рака легкого. Возникает в слизистой оболочке периферического отдела сегментарного бронха, его более мелких ветвей и бронхиол, редко – из альвеолярного эпителия.</p> <p>Периферический рак долгое время растет экспансивно в виде узла, достигая иногда больших размеров (диаметр до 5-7 см). Он не проявляется клинически до тех пор, пока не обнаруживается при случайном</p>	
--	--	--	--

		<p>обследовании, не достигает плевры (плеврит) или стволового и сегментарного бронхов, сдавление и прорастание которых вызывают нарушение дренажной функции бронхов и компрессионный или обтурационный ателектаз. Часто рак развивается в области рубца (капсула заживших туберкулезных очагов, зарубцевавшийся инфаркт легкого и др.) вблизи плевры в любом участке легкого, может перейти на плевру, вследствие чего она утолщается и в плевральной полости скапливается серозно-геморрагический или геморрагический экссудат, сдавливающий легкое.</p>	
--	--	---	--

		<p>Иногда самым ранним проявлением небольшого периферического рака являются многочисленные гематогенные метастазы.</p> <p>Периферический рак имеет строение железистого, реже – плоскоклеточного или недифференцированного.</p> <p>Смешанный (массивный) рак легкого встречается редко (в 2-5% случаев). Он представляет собой мягкую белесоватую, нередко распадающуюся ткань, которая занимает всю долю или даже все легкое. Решить вопрос об источнике роста не представляется возможным.</p> <p>Массивный рак чаще имеет строение</p>	
--	--	---	--

		<p>недифференцированно го или аденокарциномы. Микроскопический вид рака легкого разнообразен, что определяется как различными источниками его происхождения (покровный и железистый эпителий bronхов, пневмоциты второго типа, эндокринные клетки), так и степенью дифференцировки опухоли (дифференцированный и недифференцированны й рак). В дифференцированном раке легкого, как правило, сохраняются признаки ткани, из которой он исходит: слизистое образование – в аденокарциноме, кератинообразование – в</p>	
--	--	---	--

		<p>плоскоклеточном раке. Плоскоклеточный (эпидермоидный) рак может быть высоко-, умеренно и низкодифференцированным. Для высокодифференцированного рака характерно образование кератина многими клетками и формирование раковых жемчужин (плоскоклеточный рак с ороговением), для умеренно дифференцированного – митозы и полиморфизм клеток, некоторые из которых содержат кератин, для низкодифференцированного плоскоклеточного рака – еще больший полиморфизм клеток и ядер (наличие полигональных и веретенообразных</p>	
--	--	---	--

		<p>клеток), большое число митозов; кератин определяется лишь в отдельных клетках. Аденокарцинома. Высокодифференцированная аденокарцинома состоит из ацинарных, тубулярных или сосочковых структур, клетки которых продуцируют слизь; умеренно дифференцированная аденокарцинома имеет железисто-солидное строение, в ней встречается большое число митозов, слизиобразование отмечается лишь у части клеток; низкодифференцированная аденокарцинома состоит из солидных структур, полигональные клетки ее способны продуцировать слизь. Разновидность</p>	
--	--	--	--

		<p>аденокарциномы – бронхилярно- альвеолярный рак. Недифференцированны й анапластический рак легкого бывает мелкоклеточным и крупноклеточным. Мелкоклеточный рак состоит из мелких лимфоцитоподобных или овсяновидных клеток с гиперхромными ядрами, клетки растут в виде пластов или тяжей. В ряде случаев они обладают эндокринной активностью – способны к продукции АКТГ, серотонина, кальцитонина и других гормонов; электронно- микроскопически в цитоплазме таких клеток выявляются нейросекреторные гранулы. Мелкоклеточный рак</p>	
--	--	--	--

		<p>может сопровождаться артериальной гипертонией. В таких случаях мелкоклеточный рак можно рассматривать как злокачественную апутому.</p> <p>Крупноклеточный рак представлен крупными полиморфными, нередко гигантскими многоядерными клетками, которые неспособны продуцировать слизь.</p> <p>Железисто-плоскоклеточный рак легкого называют также смешанным, так как он представляет собой сочетание двух форм – аденокарциномы и плоскоклеточного рака.</p> <p>Карцинома бронхиальных желез, имеющая аденоидно-кистозное или мукоэпидермоидное</p>	
--	--	---	--

		<p>строение, встречается довольно редко.</p> <p>Осложнения рака легкого представлены метастазами, которые в равной мере можно считать и проявлением опухолевой прогрессии, и вторичными легочными изменениями.</p> <p>Вторичные легочные изменения связаны с развитием ателектаза в случаях прикорневого рака легкого. К ним следует отнести и те изменения, которые появляются в связи с некрозом опухоли: образование полостей, кровотечение, нагноение и др.</p> <p>Смерть больных раком легкого наступает от метастазов, вторичных легочных осложнений или от кахексии.</p>	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	2 - медико-анатомическим понятийным аппаратом;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ФУНКЦИЯ СЕРДЦА ПРИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ 1) снижается 2) не изменяется 3) повышается	1) снижается	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва:

			<p>ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704- 6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
2.	<p>ПРИ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ ЛЕГКИХ В МОКРОТЕ БОЛЬНЫХ НАХОДЯТ КЛЕТКИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О НЕДОСТАТОЧНОЙ ФУНКЦИИ</p> <p>1) почек 2) легких 3) сердца 4) печени 5) головного мозга 6) щитовидной железы</p>	3) сердца	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704- 3154-2. - Текст : электронный //</p>

			URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТ</p> <p>1) рак желудка 2) язву желудка 3) болезнь Гирке 4) брюшной тиф 5) болезнь Помпе</p>	<p>1) рак желудка 2) язву желудка</p>	<p>Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст] : учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с. : ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%E0%F2%E0%ED%E0%F2_%E4%E8%E0%E3%ED%EE%F1%F2_%F0%E0%EA%E0_%E6%E5%EB%F3%E4%EA%E0_%</p>

			D1%EC%E8%F0% ED%EE%E2_2017 &MacroAcc=A&Db Val=47
2.	<p>ИЗМЕНЕНИЯ В КРУПНЫХ СОСУДАХ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИИ</p> <p>1) атерокальциноз 2) атероматозные бляшки 3) продуктивный васкулит 4) облитерирующий тромбангиит</p>	<p>1) атерокальциноз 2) атероматозные бляшки</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Характеристика основной стадии	<p>1-В 2-АБГ</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 1.</p>

	<p>острого некроза канальцев почки</p> <p>2. Характеристика острого тубулоинтерстициального нефрита</p> <p>А. Фокальный некроз канальцев</p> <p>Б. Лейкоцитарная инфильтрация</p> <p>В. Устойчивая олигурия</p> <p>Г. Интерстициальный отек</p>		<p>: учебник : в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.htm</p> <p>1</p>
--	---	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	У больного 62 лет при анализе крови обнаружено увеличение лейкоцитов до 135 000 за счет	1)Хронический лимфолейкоз 2)Обострение	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В.

	<p>лимфоцитарных элементов. При обследовании в клинике обнаружена увеличение шейных лимфатических узлов,</p> <p>печени, селезенки. Через год больной поступил с жалобами на лихорадку, слабость, резкую боль в горле при глотании. В крови обнаружены бластные формы лимфоцитов.</p> <p>1. Назовите форму лейкоза.</p> <p>2. О какой особенности течения лейкоза можно говорить на основании обнаружения в крови бластов?</p> <p>3. Чем объяснить жалобы больного на резкие боли при глотании?</p> <p>4. Какие микроскопические изменения можно обнаружить при биопсии лимфоузла?</p>	<p>(бластный криз)</p> <p>3) Развитие некротической ангины</p> <p>4) Стирание рисунка, разрастание атипичных клеток лимфоидного ряда</p>	<p>В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
2.	<p>Больной, страдавший язвенной болезнью желудка, умер от массивного желудочного</p>	<p>1. Острая постгеморрагическая</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 1.: учебник : в 2 т. /</p>

	<p>кровотечения (в желудке и кишечнике обнаружено 2,5 л крови).</p> <p>1. Какой вид анемии имеет место?</p> <p>2. Как изменены кожные покровы (цвет)?</p> <p>3. Как изменены внутренние органы (цвет, консистенция, объем)?</p>	<p>анемия</p> <p>2. Бледные</p> <p>3. Бледные иногда с желтоватым оттенком, дряблые, уменьшены</p>	<p>под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.htm</p>
3.	<p>У больной жалобы на повышение аппетита, жажду, полиурию, сухость и зуд кожных покровов, частые гнойничковые заболевания. Гипергликемия и глюкозурия.</p> <p>1. О каком заболевании идет речь?</p> <p>2. Какая эндокринная железа изменена?</p> <p>3. Каков характер ее макроскопических изменений?</p> <p>4. Каков характер ее</p>	<p>1) Сахарный диабет 2) Поджелудочная железа Уменьшена, плотной консистенции, замещена жировой и соединительной тканью 3) Атрофия островкового аппарата, липоматоз, склероз, накопление амилоида 4) Диабетический 5) Гломерулосклероз</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 1.: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.htm</p>

	микроскопических изменений? 5. Какие изменения возникают при этом в почках (название)?		1
4.	<p>Больной 85 лет доставлен в клинику в крайне тяжелом состоянии: сознание отсутствует, правосторонний паралич. Ранее отмечались нарушения мозгового кровообращения. При нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности наступила смерть.</p> <p>1. Какие изменения могут быть обнаружены в ткани головного мозга?</p> <p>2. Какие изменения найдены в мозговых артериях?</p> <p>3. Какая это клинимоρφологическая форма атеросклероза?</p>	<p>1)Ишемический инфаркт</p> <p>2)Атеросклеротические</p> <p>3)Церебральная</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
5.	Больной обратился к врачу с	<p>1)Сердечная форма</p> <p>2)Функциональная</p>	<p>Патологическая анатомия. Т. 1. : учебник : в 2 т. /</p>

<p>жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, боли и тяжесть в области сердца. В течение последних нескольких лет периодически отмечается повышение артериального давления.</p> <p>Заболевания, с которыми можно было бы связать артериальную гипертензию, не найдены. Поставлен диагноз</p> <p>гипертонической болезни.</p> <p>1. О какой клинико-морфологической форме болезни идет речь?</p> <p>2. О какой стадии болезни можно думать?</p> <p>3. Какие морфологические изменения сердца можно предположить, какой отдел сердца преимущественно изменен?</p> <p>4. Каковы изменения артериол в этой</p>	<p>стадия</p> <p>3)Гипертрофия сердца, левый желудочек</p> <p>4)Гипертрофия мышечного слоя и эластических структур, спазм.</p>	<p>под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-5342-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453421.htm</p> <p>1</p>
---	--	---

	стадии?		
--	---------	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Острые язвы желудка: этиология, патогенез, морфологическая характеристика, исходы.	Эрозии и острые язвы. Эрозии, обычно множественные, представляют собой дефект слизистой оболочки, распространяющийся не глубже т. muscularis mucosae; острая язва распространяется через подслизистую оболочку на остальные слои желудка, подчас вплоть до серозной оболочки. Однако анатомическое расположение является чисто формальным отличием. Ю. М.	Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст] : учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с. : ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName

		<p>Лазовский с сотрудниками (1947) полагают, что в основе развития и эрозии и острой язвы лежит не воспалительный процесс (Konjctzny, 1925), а некробиоз с отчетливыми изменениями в сосудах и соединительной ткани желудка. Таким образом, принципиальной разницы между эрозией и острой язвой не существует (Ю. М. Лазовский и сотр., 1947; И. В. Давыдовский, 1958).</p> <p>Острые язвы бывают различной величины — от точки до 2 см и больше. Форма их круглая, овальная или вытянутая по</p>	
--	--	---	--

		<p>длиннику желудка. Острая язва имеет относительно небольшой (не свыше 1 см), но глубокий кратер с четкими краями, без воспалительной периферической реакции вокруг. Дно острой язвы или чистое, или видны темно-бурые продукты распада. Располагаются острые изъязвления по преимуществу на малой кривизне и в пилорическом отделе желудка.</p>	
2.	<p>Биология опухолевого роста. Морфогенез опухолей. Эпителиальные опухоли: доброкачественные и злокачественные. Рак, его виды.</p>	<p>Естественное развитие большинства злокачественных опухолей проходит четыре главные фазы: малигнизацию клеток-мишеней, обозначаемую как</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500</p>

		<p>трансформация, рост трансформированных клеток, местную инвазию и развитие дистантных метастазов.</p> <p>Формирование опухолевого узла из клональных потомков трансформированной клетки — это сложный процесс, на который влияет множество факторов. Некоторые процессы, например, удвоение жизни малигнизированных клеток, являются для них внутренними, другие же, например ангиогенез, отражают реакцию микроокружения, вызванную опухолевыми клетками или их продуктами.</p>	<p>с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	--	--

		<p>Кинетика роста опухолевых клеток. Клеточный цикл в опухолевой ткани насчитывает те же 5 фаз, что и в норме (G0, G, S, G2 и M). Вопреки иллюзорному представлению о большой скорости деления малигнизированных клеток современные данные говорят о том, что общая продолжительность их клеточного цикла равна периоду нормального цикла или даже его превышает. Таким образом, рост опухолей не связан с укорочением клеточного цикла. Часть клеток малигнизированной</p>	
--	--	---	--

		<p>популяции, находящихся в пролиферативном пуле, относится к фракции роста. В ранних стадиях опухолевого роста подавляющее большинство трансформированных клеток состоит в пролиферативном пуле. По мере роста новообразования клетки во все большем количестве покидают этот пул из-за старения, недостаточного снабжения, перехода во фракцию дифференцировки или возвращения к фазе G0</p> <p>Темп роста злокачественных новообразований определяется</p>	
--	--	---	--

		<p>преобладанием воспроизведения клеток над их потерей. В некоторых случаях это преобладание велико и приводит к быстрому увеличению узла, в других — весьма незначительно.</p> <p>Темп роста новообразования зависит от величины фракции роста и преобладания воспроизведения клеток над их потерей. При некоторых лейкемиях, лимфомах и мелкоклеточных карциномах легкого фракция роста довольно велика, и это обуславливает быстрое клиническое течение таких новообразований. Многие</p>	
--	--	--	--

		<p>распространенные опухоли, например рак кишки и молочной железы, имеют небольшие фракции роста, и воспроизведение клеток превышает их потерю примерно на 10 \%. Такие карциномы имеют тенденцию к гораздо более медленному росту.</p> <p>Опухолевый ангиогенез. Кроме механизмов цитокинетики, на темп роста новообразования влияет и ряд других факторов. В начале 70-х годов Фолкмен (J.Folkman) показал, что в культуре ткани (in vitro), т.е. без</p>	
--	--	--	--

		<p>васкуляризации, опухолевые клетки могут расти только до узелков диаметром 1—2 мм. Но, когда такие узелки имплантируют в живые ткани (<i>in vivo</i>), то при наличии кровоснабжения из окружающих тканей по капиллярам, растающим в опухоль, новообразование продолжает расти.</p> <p>В опухолях солидного строения часто возникает некроз. Показано, что участок некроза внутри опухоли нередко образуется параллельно кровеносному сосуду и отделяется от него полосой в 1—2 мм жизнеспособных малигнизированных</p>	
--	--	---	--

		<p>клеток. Эта зона в 1—2 мм вокруг сосуда предположительно представляет собой максимальную дистанцию, на величину которой могут легко распространяться вне сосуда кислород и другие питательные материалы из кровотока.</p> <p>Опухоли содержат факторы, воздействующие на формирование новых капилляров. Факторы ангиогенеза вырабатываются опухолевыми клетками или клетками воспалительного ответа, например, макрофагами, инфильтрирующими</p>	
--	--	---	--

		<p>новообразование. Выделено большое количество факторов ангиогенеза, связанных с ростом опухолей.</p> <p>Опухолевая прогрессия и гетерогенность. Увеличение злокачественности связано с последовательным появлением клеточных субпопуляций, имеющих генои феноти-пические отличия от своих предшественников, которые представлены такими свойствами и признаками, как инвазивность, изменение темпа роста, способность к метастазированию, появление нового</p>	
--	--	---	--

		<p>кариотипа, другой чувствительности к гормонам и противоопухолевым препаратам. Поэтому, несмотря на то что первоначально большинство злокачественных новообразований имеет моноклональное происхождение, ко времени их клинического обнаружения клетки, составляющие их паренхиму, отличаются выраженной гетерогенностью, т.е. неоднородностью в генои фенотипическом отношении. На молекулярном уровне опухолевая прогрессия и связанная с ней гетерогенность</p>	
--	--	--	--

		<p>являются результатом множественных мутаций, накапливающихся в разных клетках. Последние дают начало новым субклонам с новыми признаками. Эти признаки варьируют в пределах одного эпидермального, энтеродермального или другого гистиотипа. Считают, что трансформированные клетки становятся генетически нестабильными, т.е. в высокой степени подверженными случайным, спонтанным мутациям в ходе распространения</p> <p>Механизмы инвазии и метастазирования.</p>	
--	--	--	--

		<p>Прорастание окружающих тканей и дистантное распространение по лимфатическим и кровеносным сосудам — главные отличительные признаки злокачественного роста. Чаще всего они и являются причиной смерти больных. Для того чтобы опухолевые клетки освободились из первичного узла, затем проникли в лимфатическое или кровеносное русло и начали вторичный рост в каком-либо другом месте, им нужно пройти ряд ступеней так называемого метастатического каскада.</p>	
--	--	---	--

		<p>Различают две фазы метастатического каскада: инвазию во внеклеточный матрикс и сосудистую диссеминацию с последующим расселением опухолевых клеток в тканях.</p> <p>Нормальные клетки прикреплены друг к другу или к компонентам микроокружения с помощью молекул адгезии. Для проникновения через окружающий внеклеточный матрикс малигнизированные клетки вначале должны прикрепиться к его компонентам.</p> <p>После прикрепления к</p>	
--	--	---	--

		<p>компонентам базальной мембраны или интерстициального внеклеточного матрикса малигнизированные клетки прокладывают себе пути для миграции. Инвазия в матрикс не обеспечивается исключительно за счет пассивного роста, она требует активного ферментного расщепления компонентов внеклеточного матрикса. Опухолевые клетки могут сами вырабатывать протеолитические ферменты либо индуцировать продукцию протеаз местными клетками,</p>	
--	--	---	--

		<p>например, стромальными фибробластами или макрофагами иммунного инфильтрата. На следующей ступени инвазии происходит продвижение малигнизированных клеток через расщепленные структуры базальных мембран и зоны протеолиза в матриксе. Миграция опосредована цитокинами, продуцируемыми опухолевыми клетками,</p> <p>В ходе циркуляции опухолевые клетки склонны к агрегации в группы. Этот процесс облегчен благодаря механизму гомотопических</p>	
--	--	---	--

		<p>адгезии (прикрепления друг к другу родственных элементов) между этими клетками и механизму гетеротипических адгезии между малигнизированными клетками и элементами крови, в частности тромбоцитами.</p> <p>Формирование тромбоцитарно-опухолевых агрегатов увеличивает шансы малигнизированных клеток на выживание и последующую имплантацию (вживление) в новую для них ткань. Затем происходит задержка опухолевого эм-бола в месте его прикрепления к эндотелию и</p>	
--	--	---	--

	<p>проникновение клеток этого эмбола за пределы базальной мембраны в экстравазальные ткани.</p> <p>Места, в которых опухолевые клетки покидают капилляры при метастазировании, связаны с анатомической локализацией первичной опухоли. Однако расположение естественных дренажных путей не может полностью объяснить варианты распределения метастазов.</p> <p>Таким образом несмотря на то, что распространение</p>	
--	--	--

		<p>злокачественных новообразований имеет определенные закономерности, предвидеть точную локализацию будущих метастазов в каждом отдельном случае невозможно.</p> <p>Молекулярные основы метастазирования. До сих пор какой-либо единый ген метастазирования не обнаружен. В то же время трансфекция клеток с мутантным геном <i>ras</i> обеспечивает не только автономный рост, но и другие изменения, дающие клеткам потенции к метастазированию.</p> <p>Кроме того, отмечены одновременно индукция ферментов</p>	
--	--	--	--

		<p>расщепления (металлопротеиназ) и снижение экспрессии их тканевых ингибиторов.</p> <p>Молекулярные основы такого плейотропного действия еще не известны (плейотропия — влияние одного гена на несколько фенотипических признаков).</p> <p>Когда нормальные клетки сливают <i>in vitro</i> с опухолевыми клетками метастазирующей линии, некоторые такие гибриды сохраняют опухолевые, но теряют метастазогенные свойства. Все это заставляет предположить наличие у некоторых</p>	
--	--	---	--

		нормальных генов способности к подавлению одного или нескольких метастазогенных свойств.	
3.	<p>Анемии. Определение и классификация. Острые и хронические анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические): причины, клинко-морфологическая характеристика, диагностика. Анемии вследствие повышенного кроверазрушения (гемолитические): наследственные, приобретенные, аутоиммунные, изоиммунные, смешанного генеза. Классификация, патогенез, диагностика, клинко-морфологическая характеристика, причины смерти. Гиперспленизм.</p>	<p>1) <u>Анемия (малокровие)</u> – состояние, характеризующееся уменьшением числа эритроцитов или содержания гемоглобина, или того и другого в единице объема крови.</p> <p><u>Этиология и патогенез анемий:</u></p> <p>а) кровопотеря в случае, если убыль эритроцитов превышает регенераторные возможности красного</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

		<p>костного мозга</p> <p>б) эндогенные и экзогенные факторы, приводящие к гемолизу</p> <p>в) дефицит необходимых для кроветворения веществ (В₁₂, фолиевой кислоты, железа), неусвоение их костным мозгом → анемии вследствие недостаточности эритропоэтической функции костного мозга</p> <p><u>2) Классификация:</u></p> <p>1. В зависимости от морфологии эритроцитов:</p> <ul style="list-style-type: none"> -макроцитарные -микроцитарные -нормоцитарные 	
--	--	--	--

		<p>2. В зависимости от величины цветового показателя:</p> <ul style="list-style-type: none"> -гиперхромные -гипохромные -нормохромные <p>3. По течению:</p> <ul style="list-style-type: none"> -острые -хронические <p>4. По этиологии и патогенезу:</p> <p>а) Вследствие кровопотерь (постгеморрагические). Причина: травма, аррозия сосуда опухолью, некрозом, воспалением.</p> <p>б) Вследствие усиленного кроворазрушения (гемолиза):</p> <p>1) эндогенного</p>	
--	--	--	--

		<p>происхождения – внутриклеточные аномалии эритроцитов – наследственные и приобретенные (наследственные эритропатии, энзимопатии, гемоглинопатии)</p> <p>2) экзогенного происхождения</p> <p>в) Вследствие нарушенного кровообразования</p> <p>1) нарушения процессов пролиферации и дифференцировки стволовой клетки (гипо- и апластические) (воздействие радиации, лекарств, наследственные анемии Фанкони и Эрлиха, у</p>	
--	--	---	--

		<p>больных ХПН при недостатке эритропоэтина)</p> <p>2) нарушения процессов пролиферации и созревания эритробластов (мегалобластическая анемия Аддисона-Бирмера, дефицит синтеза гема, глобина)</p> <p>3) <u>Общая морфологическая характеристика анемий:</u></p> <p>-гиперплазия красного костного мозга, метаплазия желтого</p> <p>-появление очагов экстрамедуллярного кроветворения в печени, селезенке, л.у. и др. органах</p> <p>-геморрагический диатез</p> <p>-жировая дистрофия</p>	
--	--	---	--

		<p>паренхиматозных органов (признак гипоксии) -желтуха 4) <u>Причины</u> острой постгеморрагической анемии: массивное кровотечение (при разрыве маточной трубы, язве желудка, ветви легочной артерии, аневризме аорты).</p> <p>Повреждение аорты → потеря 1 л крови → смерть вследствие резкого падения АД и дефицита наполнения полостей сердца.</p> <p>Повреждение более мелких сосудов → потеря более половины крови → смерть от острой сердечной недостаточности при</p>	
--	--	--	--

		<p>выраженном малокровии внутренних органов.</p> <p><u>Патоморфология острой постгеморрагической анемии:</u></p> <p>-бледность кожных покровов и внутренних органов (острое малокровие) -бледно-красный костный мозг плоских костей</p> <p>5) <u>Причины хронической постгеморрагической анемии: длительная кровопотеря при</u></p> <p>-опухолях, расширенных геморроидальных венах -кровотечении из полости матки, язвы желудка -гемофилии, выраженном геморрагическом</p>	
--	--	--	--

		<p>синдроме <u>Патоморфология</u> <u>хронической</u> <u>постгеморрагической</u> <u>анемии:</u></p> <p>-бледность кожных покровов, малокровие внутренних органов -жировая дистрофия миокарда, печени -выраженный геморрагический синдром (множественные точечные кровоизлияния в серозных и слизистых оболочках, во внутренних органах) -костный мозг плоских и трубчатых костей ярко-красный -очаги экстрамедуллярного кроветворения</p>	
4.	Брюшной тиф и сальмонеллёзы. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая	Брюшной тиф – это острое инфекционное заболевание из группы	Пауков, В. С. Патология : руководство / Под

	<p>характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>антропонозов. Возбудитель – брюшнотифозная палочка. Инкубационный период – 10–14 дней. Совпадение клинических циклов течения брюшного тифа с определенными циклами анатомических изменений в лимфатических образованиях кишечника послужило основанием построения схемы морфологических изменений по стадиям. На первой стадии морфологических изменений, по сроку совпадающей обычно с 1-й неделей заболевания, в лимфатическом аппарате кишок наблюдается картина так называемого</p>	<p>ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	--	---

		<p>мозговидного набухания – воспалительной инфильтрации пейеровых бляшек и солитарных фолликулов. Во второй стадии, соответствующей 2-й неделе заболевания, происходит некротизация набухших пейеровых бляшек и солитарных фолликулов (стадия некроза). Некроз обычно захватывает только поверхностные слои лимфатического аппарата кишечника, но иногда может доходить до мышечной и даже до серозной оболочки. В третьей стадии (период образования язв), примерно соответствующей 3-й неделе заболевания, происходит</p>	
--	--	---	--

		<p>отторжение омертвевших участков пейеровых бляшек и солитарных фолликулов и образование язв. Этот период опасен возможными тяжелыми осложнениями (кишечное кровотечение, перфорация).</p> <p>Четвертая стадия (период чистых язв) соответствует концу 3-й и 4-й недели заболевания; в этом периоде дно брюшнотифозной язвы становится широким, она очищается и покрывается тонким слоем грануляционной ткани.</p> <p>Следующая фаза (период заживления язв) характеризуется процессом заживления язв и соответствует 5—</p>	
--	--	---	--

		<p>6-й неделе болезни. Морфологические изменения могут распространяться на толстую кишку, желчный пузырь, печень. При этом на слизистой оболочке желчного пузыря обнаруживают характерные для брюшного тифа язвы, а в печени – тифозные грануломы; заболевание протекает с симптомами поражения этих органов (желтуха, ахоличный стул, повышенное содержание в крови билирубина и т. д.). Поражение кишечника при брюшном тифе и паратифе всегда сочетается с поражением регионарных лимфатических желез брыжейки, а нередко –</p>	
--	--	--	--

		<p>и забрюшинных желез. При микроскопии в них отмечается такая же макрофагальная реакция, как и в лимфатическом аппарате стенки кишки. В увеличенных лимфатических узлах брыжейки наблюдаются очаги некроза, в отдельных случаях захватывающие не только главную массу лимфатического узла, но и переходящие на передний листок брюшного покрова, что может вызывать картину брыжеечно-перфоративного перитонита. Могут поражаться и другие лимфатические узлы – бронхиальные, паратрахеальные, медиастинальные. Селезенка при брюшном тифе</p>	
--	--	---	--

		<p>увеличена в результате кровенаполнения и воспалительной пролиферации ретикулярных клеток с образованием специфических гранулом. Печень набухшая, мягкая, на разрезе тусклая, желтоватая, что связано с выраженностью паренхиматозного перерождения. В почках находят мутное набухание, иногда некротический нефроз, реже геморрагический или эмболический нефрит; нередко воспалительные процессы в мочевыводящих путях. В костном мозге возникают участки кровоизлияния, тифозные грануломы, иногда – и некротические очажки.</p>	
--	--	---	--

		<p>Отмечаются дегенеративные изменения в сердечной мышце.</p> <p>Патологоанатомические изменения в легких при тифо-паратифозных заболеваниях носят в большинстве случаев воспалительный характер.</p> <p>Обнаруживаются гиперемия мозговых оболочек и отек вещества головного мозга.</p>	
5.	<p>Холецистит. Определение. Острый и хронический холецистит. Этиология, патогенез, клинко-морфологическая характеристика, осложнения, причины смерти.</p>	<p>Самым распространенным заболеванием является холецистит, который может быть острым и хроническим.</p> <p>Важнейшим предрасполагающим условием является застой желчи в желчном пузыре,</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст :</p>

		<p>например при аномалиях развития. Этиология: возбудители-кишечная палочка, стафило и стрептококки, анаэробная флора. Инфекция проникает в желчный пузырь гематогенным, лимфогенным и восходящим энтерогенным путём. При остром холецистите развивается катаральное, фибринозное или гнойное (флегмонозное) воспаление. Острый холецистит осложняется прободением стенки пузыря и желчным перитонитом, в случае</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	--

		<p>закрытия пузырного протока и скопления гноя в полости – эмпиемой пузыря, гнойным холангитом и холангиолитом, перихолециститом с образованием спаек.</p> <p>При хроническом холецистите воспаление развивается медленнее, протекает вяло.</p> <p>Хронический холецистит развивается как следствие острого, происходят атрофия слизистой оболочки, гистиолимфоцитарная инфильтрация, склероз, нередко петрификация стенки пузыря.</p> <p>Камни желчного пузыря являются причиной желчнокаменной</p>	
--	--	--	--

		<p>болезни, калькулезного холецистита. Возможно прободение камнем стенки пузыря с развитием желчного перитонита. В тех случаях, когда камень из желчного пузыря спускается в печеночный или общий желчный проток и закрывает его просвет, развивается подпеченочная желтуха. В ряде случаев камень желчного пузыря не вызывает ни воспаления, ни приступов желчной колики и обнаруживается случайно на вскрытии.</p>	
--	--	--	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	1 - функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и патологии;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРИ ГИАЛИНОВОМ АРТЕРИОСКЛЕРОЗЕ ПРОСВЕТ СОСУДА 1) сужен 2) расширен 3) не изменен	1) сужен	Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 2500

			с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html
2.	<p>ПРИЧИНА ГАНГРЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ</p> <p>1) лимфостаз</p> <p>2) тромбоз артерий</p> <p>3) тромбоз глубоких вен</p> <p>4) длительный спазм вен</p> <p>5) разрыв варикозно расширенных вен</p>	2) тромбоз артерий	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>

Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА</p> <p>1) плазмокоагуляция 2) жировая дистрофия 3) мукоидное набухание 4) вакуолизация цитоплазмы 5) кариопикноз, кариорексис</p>	<p>1) плазмокоагуляция 5) кариопикноз, кариорексис</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
2.	<p>ПРИЧИНЫ ГИПОТИРЕОЗА</p> <p>1) болезнь Грейвса 2) аутоиммунный тиреоидит 3) аплазия щитовидной железы 4) микрофокус папиллярного рака 5) хирургическое удаление щитовидной железы</p>	<p>2) аутоиммунный тиреоидит 3) аплазия щитовидной железы 5) хирургическое удаление щитовидной железы</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный //</p>

			ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Основные патогенетические факторы сахарного диабета 1 типа</p> <p>2. Основные патогенетические факторы сахарного диабета 2 типа</p> <p>А. Инсулит</p> <p>Б. Инсулинорезистентность</p> <p>В. Первичная альтерация бета-клеток</p> <p>Г. Дисфункция бета-клеток</p>	<p>1-АВ</p> <p>2-БГ</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Больная, страдавшая в течение 20 лет гипертонической болезнью (артериальное давление в последние годы до 220/110 мм рт. ст.), доставлена в неврологическое отделение больницы с жалобами на резкую головную боль, нарушение движений в руке и ноге слева. При люмбальной пункции в спинномозговой жидкости найдены эритроциты. Через 5 ч. после госпитализации больная скончалась. На вскрытии в медиальных отделах правого полушария головного мозга найдена гематома с прорывом в желудочки мозга.</p> <p>1. О какой стадии гипертонической болезни можно говорить в данном случае?</p>	<p>1)Третья 2)Атеросклероз 3)Гиалиноз, плазматическое пропитывание, фибриноидный некроз 4) Мозговая</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>

	<p>2. Какие изменения артерий мозга могли быть найдены при гистологическом исследовании?</p> <p>3. Какие изменения мелких артерий и артериол можно обнаружить?</p> <p>4. Какая это клинимо-морфологическая форма болезни?</p>		
2.	<p>Женщина 30 лет с детства страдает ревматическим пороком сердца. В последние годы часты эпизоды сердечно-сосудистой недостаточности. В клинику поступила с жалобами на одышку, увеличение живота, отеки на ногах, пальпируется увеличенная печень. Диагностирован митральный стеноз. Смерть наступила от хронической сердечной недостаточности.</p> <p>1. Как изменен митральный клапан?</p> <p>2. Как были изменены легкие</p>	<p>1) Склероз, гиалиноз, петрификация, сращение створок клапана</p> <p>2) Бурая индурация легких</p> <p>3) Мускатная печень, цианотическая индурация почек</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

	(назовите)? 3. Какие изменения развились в печени, почках (назовите)?		
3.	<p>Больной заболел остро после переохлаждения. Отмечалось повышение артериального давления, гематурия, отеки лица. Несмотря на лечение, нарастали явления почечной недостаточности. Спустя 6 мес. от начала заболевания больной скончался. При вскрытии обнаружено: почки увеличены в размерах, дряблые, на разрезе корковый слой желто-серый с красным крапом, пирамиды темно-красные.</p> <p>1. Какое заболевание возникло у больного?</p> <p>2. Как называют изменения почек, обнаруживаемые макроскопически?</p> <p>3. Какие изменения в почках</p>	<p>1) Подострый гломерулонефрит</p> <p>Большая пестрая почка</p> <p>2) Проплиферация нефротелия с образованием «полулуний», эндотелиальных, мезангиальных клеток; отложения фибрина в клубочках; белковая дистрофия эпителия канальцев; отек, склероз и гистиолимфоцитарная инфильтрация стромы</p> <p>3) Экстракапиллярный продуктивный</p> <p>4) Гломерулонефрит</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>

	<p>обнаруживают при микроскопическом исследовании?</p> <p>4. Для какой гистологической формы гломерулонефрита они характерны?</p>		
4.	<p>У больной внезапно появились боли в правой подвздошной области, рвота. К врачу обратилась на 2-е сутки,</p> <p>когда присоединились боли в области правого подреберья, температура тела 39° С. Больная доставлена в хирургическое отделение, оперирована. На операции обнаружен утолщенный червеобразный отросток, серозная оболочка его гиперемирована, покрыта фибринозно-гнойным налетом.</p> <p>1. Какая форма аппендицита обнаружена у больной?</p> <p>2. Какова микроскопическая</p>	<p>1. флегмонозный аппендицит.</p> <p>2. диффузная инфильтрация стенки отростка полиморфно-ядерными лейкоцитами.</p> <p>3. пилефлебические абсцессы печени.</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>

	<p>характеристика червеобразного отростка?</p> <p>3. Какое осложнение может развиваться при распространении воспаления на ветви воротной вены?</p>		
5.	<p>Больной 5 лет назад перенес тяжелую форму вирусного гепатита. Диагностирован цирроз печени. При лапароскопии печень уменьшена в размерах, поверхность узловатая, диаметр узлов до 5 см.</p> <p>1.Какой морфологический (макроскопический) вид цирроза?</p> <p>2.Какой морфогенетический тип цирроза?</p> <p>3.Каковы микроскопические особенности этого вида цирроза?</p> <p>4. Каковы возможные причины смерти больного?</p>	<p>1.крупноузловой</p> <p>2.постнекротический</p> <p>3.формирование ложных долек, сближение триад, широкие фиброзные прослойки, преобладание белковой дистрофии гепатоцитов.</p> <p>4.печёночная недостаточность, пищеводно-желудочные кровотечения.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Гломерулярные болезни почек Гломерулонефрит. Современная классификация, этиология, патогенез, иммуноморфологическая характеристика. Острый гломерулонефрит. Постстрептококковый и нестрептококковый гломерулонефриты. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Этиология, патогенез, морфологическая характеристика, осложнения исходы.</p>	<p>Гломерулонефрит – заболевание инфекционно-аллергической или неустойчивой природы, в основе которого лежит двустороннее диффузное или очаговое негнойное воспаление клубочкового аппарата почек (гломерулит) с характерными почечными и внепочечными симптомами. К почечным симптомам относятся олигурия, протеинурия, гематурия, цилиндрурия, к</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>

		<p>внепочечным — артериальная гипертония, гипертрофия левого сердца, диспротеинемия, отеки, гиперазотемия и уремия. Сочетания этих симптомов при гломерулонефрите могут быть выражены по-разному, в связи с чем в клинике различают гематурическую, нефротическую (нефротический синдром), гипертоническую и смешанную формы гломерулонефрита.</p> <p>Классификация гломерулонефрита учитывает:</p> <p>1. нозологическую его принадлежность</p>	
--	--	--	--

		<p>(первичный – как самостоятельное заболевание и вторичный – как проявление другой болезни);</p> <p>2. этиологию (установленной этиологии- обычно это бактерии, вирусы, простейшие и не установленной этиологии);</p> <p>3. патогенез (иммунологически обусловленный и иммунологически не обусловленный);</p> <p>4. течение (острое, подострое, хроническое);</p> <p>5. морфологию (топография, характер и распространенность воспалительного процесса).</p>	
--	--	---	--

		<p>Этиология первичного гломерулонефрита.</p> <p>В одних случаях развитие гломерулонефрита связано с инфекцией, чаще бактериальной (бактериальный гломерулонефрит), в других такая связь отсутствует (абактериальный гломерулонефрит).</p> <p>Среди возможных возбудителей гломерулонефрита главную роль играет (3-гемолитический стрептококк (его нефритогенные типы). Меньшее значение имеют стафилококк, пневмококк, вирусы, плазмодий малярии. В большинстве случаев бактериальный гломерулонефрит</p>	
--	--	--	--

		<p>развивается после инфекционного заболевания, являясь выражением аллергической реакции организма на возбудителя инфекции. Чаще это ангина, скарлатина, острое респираторное заболевание, реже- пневмония, рожа, дифтерия, менингококковая инфекция, затяжной септический эндокардит, малярия, сифилис.</p> <p>Острый гломерулонефрит, который обычно вызывается стрептококком (постстрептококковый, бактериальный, гломерулонефрит), а</p>	
--	--	--	--

		<p>патогенез связан с циркулирующими иммунными комплексами (иммунокомплексный гломерулонефрит), может протекать 10-12 мес. В первые дни заболевания выражена гиперемия клубочков, к которой довольно быстро присоединяется инфильтрация мезангия и капиллярных петель нейтрофилами. Она отражает реакцию лейкоцитов на гетерологичные, содержащие комплемент, иммунные комплексы. В процесс вовлекаются все почечные клубочки. Вскоре появляется пролиферация эндотелиальных и</p>	
--	--	--	--

		<p>особенно мезангиальных клеток, а экссудативная реакция убывает. При преобладании в клубочках лейкоцитов говорят об экссудативной фазе, при сочетании пролиферации клеток клубочка с лейкоцитарной инфильтрацией – об экссудативно-пролиферативной фазе, при преобладании пролиферации эндотелиоцитов и мезангиоцитов – о пролиферативной фазе острого гломерулонефрита. Иногда в тяжелых случаях острый гломерулонефрит имеет морфологические</p>	
--	--	--	--

		<p>изменения, характерные для некротического гломерулонефрита а-фибриноидный некроз капилляров клубочка и приносящей артериолы наряду с тром-бозом капилляров и инфильтрацией нейтрофильными лейкоцитами.</p> <p>Почки при остром гломерулонефрите несколько увеличены, набухшие. Пирамиды темно-красные, кора серовато-коричневого цвета с мелким красным крапом на поверхности и разрезе или с сероватыми полупрозрачными точками (пестрая почка). Однако в ряде случаев (смерть в</p>	
--	--	--	--

		<p>первые дни болезни) почки при вскрытии могут казаться совершенно неизменными и лишь гистологическое исследование выявляет диффузный гломерулонефрит. Изменения почек, характерные для острого гломерулонефрита, чаще полностью обратимы. Однако в ряде случаев они сохраняются более года (острый затянувшийся гломерулонефрит) и могут трансформироваться в хронический.</p>	
2.	<p>Морфология повреждения. Смерть клетки - определение, классификация, морфологические проявления. Причины повреждения</p>	<p>Повреждение органов начинается на молекулярном или кле-</p>	<p>15. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И.</p>

	<p>клеток. Механизмы повреждения клеток. Морфология повреждения и смерти клеток. Обратимые и необратимые повреждения.</p>	<p>точном уровне, поэтому изучение патологии начинается с познания причин и молекулярных механизмов структурных изменений, возникающих в клетках при их повреждении. Структура нормальной клетки генетически направлена на осуществление определенного метаболизма, дифференцировку и специализацию. В ответ на воздействие различных факторов в клетках развивается процесс адаптации. В результате этого процесса клетки могут достигать нового устойчивого состояния,</p>	<p>Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
--	---	--	--

		<p> позволяющего им приспособиться к подобным воздействиям. Если лимиты адаптивного ответа клетки исчерпаны, а адаптация невозможна, то возникает повреждение клетки, до определенного предела обратимое. Однако, если неблагоприятный фактор действует постоянно или его интенсивность очень велика, развивается необратимое повреждение, или смерть, клетки. </p> <p> Смерть клетки — конечный результат ее повреждения, главное следствие ишемии, инфекции, </p>	
--	--	---	--

		<p>интоксикации, иммунных реакций. Кроме того, это естественное событие в процессе нормального эмбриогенеза, развития лимфоидной ткани, инволюции органа под действием гормонов, а также желаемый результат радио- и химиотерапии при раке.</p> <p>Существует два типа клеточной смерти — некроз и апоптоз. Некроз — наиболее распространенный тип смерти клетки. Он проявляется ее резким набуханием и разрывом клеточной мембраны, денатурацией и коагуляцией цитоплазматических белков, разрушением</p>	
--	--	--	--

		<p>клеточных органелл. Апоптоз необходим для нормальной элиминации ненужных клеточных популяций в процессе эмбриогенеза и при различных физиологических процессах. Апоптоз встречается и при патологических процессах; в этом случае он сопровождается некрозом.</p> <p>ПРИЧИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК</p> <p>Различают следующие причины повреждения клеток.</p> <p>1. Гипоксия. Она является исключительно важной и распространенной</p>	
--	--	---	--

		<p>причиной повреждения и смерти клеток. Уменьшение кровотока (ишемия), возникающее при появлении препятствий в артериях, обычно при атеросклерозе или тромбозе, является основной причиной гипоксии. Другой причиной может быть неадекватная оксигенация крови при сердечно-сосудистой недостаточности. Снижение способности крови к транспортировке кислорода, например при анемии и отравлении CO₂ — третья и наиболее редкая причина гипоксии. В зависимости от тяжести гипоксии клетки могут</p>	
--	--	--	--

		<p>адаптироваться к ней, повреждаться или погибать.</p> <p>2. Физические агенты. К ним относят механическую травму, чрезмерное снижение или повышение температуры окружающей среды, внезапные колебания атмосферного давления, радиацию и электрический шок.</p> <p>3. Химические агенты и лекарства. Даже простые химические соединения, такие как глюкоза и поваренная соль, в повышенных концентрациях могут вызвать повреждение клеток непосредственно или путем нарушения их электролитного</p>	
--	--	--	--

		<p>гомеостаза. Кислород в высоких концентрациях очень токсичен. Разрушительным действием обладают также многие факторы окружающей среды: пыль, инсектициды и гербициды; промышленные и природные факторы, например уголь и асбест; социальные факторы: алкоголь, курение и наркотики; высокие дозы лекарств.</p> <p>4. Инфекционные агенты. Они включают как субмикроскопические вирусы, так и ленточных червей. К инфекционным агентам относятся риккетсии, бактерии, грибы, а также более высокоорганизованные формы</p>	
--	--	--	--

		<p>паразитов.</p> <p>5. Иммунные реакции. Могут защищать организм, но могут вызвать и его смерть. Хотя иммунная система защищает организм от воздействия биологических агентов, тем не менее иммунные реакции могут привести к повреждению клеток. Развитие некоторых иммунных реакций лежит в основе аутоиммунных болезней.</p> <p>6. Генетические нарушения. Многие врожденные нарушения метаболизма связаны с энзимопатиями, чаще отсутствием фермента.</p> <p>7. Дисбаланс питания. Нередко является</p>	
--	--	--	--

	<p>основной причиной повреждения клеток. Дефицит белковой пищи и витаминов остается распространенным явлением.</p> <p>МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК</p> <p><i>Наиболее важными для развития повреждения и смерти клетки считают следующие четыре механизма.</i></p> <p>1. При недостаточном поступлении кислорода в ткани образуются его свободные радикалы, вызывающие свободнорадикальное пероксидное окисление липидов (СПОЛ), что оказывает разрушительное действие на клетки.</p>	
--	--	--

		<p>2. Особую роль в повреждении клетки играет нарушение гомеостаза кальция. Свободный кальций в цитозоле присутствует в исключительно низких концентрациях по сравнению с таковым вне клетки. Это состояние поддерживается связанными с клеточной мембраной энергозависимыми Ca^{2+}, Mg^{2+}-АТФазами. Ишемия и некоторые токсины вызывают увеличение концентрации кальция в цитозоле путем его избыточного поступления через плазматическую мембрану и высвобождения из ми-</p>	
--	--	---	--

		<p>тохондрий и эндоплазматической сети. Повышенное содержание кальция в клетке ведет к активации ряда ферментов, повреждаю- щих клетку: фосфолипаз (повреждение клеточной мембраны), протеаз (разрушение мембраны и белков цитоскелета), АТФаз (истощение запасов АТФ) и эндонуклеаз (фрагментация хрома- тина).</p> <p>3. Потеря митохондриями пиридиннуклеотидов и последующая недостаточность АТФ, а также снижение синтеза АТФ являются</p>	
--	--	---	--

		<p>характерными как для ишемического, так и для токсического повреждения клеток. Высокоэнергетические фосфаты в форме АТФ требуются для многих процессов синтеза и расщепления, происходящих в клетках. К этим процессам относятся мембранный транспорт, синтез белка, липогенез и реакции деацилирования — реацилирования, необходимые для фосфолипидного обмена. Имеется много данных о том, что недостаточность АТФ играет роль в потере целостности плазматической мембраны, что</p>	
--	--	--	--

		<p>характерно для смерти клетки.</p> <p>4.Ранняя потеря плазматической мембраной избирательной проницаемости — постоянный признак всех видов повреждения клеток. Такие дефекты могут возникать вследствие ряда событий, связанных с потерей АТФ и активацией фосфолипаз. Кроме того, плазматическая мембрана может быть повреждена в результате прямого воздействия некоторых бактериальных токсинов, вирусных белков, компонентов комплемента, веществ из лизированных</p>	
--	--	---	--

		<p>лимфоцитов (перфоринов), а также ряда физических и химических агентов.</p> <p>Морфология повреждения клеток.</p> <p>В классической морфологии нелетальное повреждение клеток называется дистрофией (см. лекции 4—7). В большинстве случаев она относится к обратимым повреждениям.</p> <p>Некроз наряду с апоптозом является одним из двух морфологических выражений смерти клетки.</p> <p>Апоптоз ответствен за многочисленные физиологические и</p>	
--	--	--	--

		патологические процессы, происходящие в организме. (инволюция органов, опухоли и т д)	
3.	<p>Накопление белков (диспротеинозы): причины, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика и методы диагностики, клинические симптомы и синдромы, исходы. Гиалиновые изменения. Внутриклеточный и внеклеточный гиалин: морфогенез, морфологическая характеристика. Гиалиновые изменения при различных патологических состояниях.</p>	<p>Белковая дистрофия — это дистрофия, при которой нарушается белковый обмен. Процесс дистрофии развивается внутри клетки. Среди белковых паренхиматозных дистрофий выделяют зернистую, гиалиново-капельную, гидропическую дистрофии.</p> <p>При зернистой дистрофии во время гистологического исследования в</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>

		<p>цитоплазме клеток можно увидеть белковые зерна. Зернистая дистрофия поражает паренхиматозные органы: почки, печень и сердце. Эта дистрофия получила название мутное или тусклое набухание. Это имеет связь с макроскопическими особенностями. Органы при данной дистрофии становятся слегка набухшими, а поверхность на разрезе смотрится тусклой, мутной, как бы "ошпаренная кипятком".</p> <p>Способствует развитию зернистой дистрофии несколько причин, которые можно</p>	I
--	--	--	---

		<p>разделить на 2 группы: инфекции и интоксикации. Почка, пораженная зернистой дистрофией, увеличивается в размерах, становится дряблой, может быть определена положительная проба Шорра (при приведении друг к другу полюсов почки ткань почки рвется). На разрезе ткань тусклая, границы мозгового и коркового вещества смазаны или вообще могут быть неразличимы. При этом виде дистрофии поражается эпителий извитых канальцев почки. В нормальных канальцах почек наблюдаются ровные</p>	
--	--	---	--

		<p>просветы, а при зернистой дистрофии апикальный отдел цитоплазмы подвергается разрушениям, и просвет становится звездчатой формы. В цитоплазме эпителия почечных канальцев находятся многочисленные зерна (розового цвета).</p> <p>Почечная зернистая дистрофия заканчивается двумя вариантами.</p> <p>Благоприятный исход возможен при устранении причины, эпителий канальцев в данном случае возвращается к норме.</p> <p>Неблагоприятный исход наступает при продолжающемся</p>	
--	--	--	--

		<p>воздействии патологического фактора - процесс становится необратимым, дистрофия преобразуется в некроз (часто наблюдается при отравлении почечными ядами).</p> <p>Печень при зернистой дистрофии также немного увеличена. На разрезе ткань приобретает цвет глины.</p> <p>Гистологический признак зернистой дистрофии печени - непостоянное наличие белковых зерен. Необходимо обращать внимание - имеется ли разрушена балочная структура. При этой дистрофии белки</p>	
--	--	---	--

		<p>разделяются на отдельно располагающиеся группы или отдельно лежащие гепатоциты, что получило название дискомплексация печеночных балок.</p> <p>Сердечная зернистая дистрофия: сердце внешне также слегка увеличено, миокард становится дряблым, на разрезе напоминает вареное мясо. Макроскопически белковых зерен не наблюдается.</p> <p>При гистологическом исследовании критерием данной дистрофии является базофилия. Волокна миокарда различно воспринимают</p>	
--	--	---	--

		<p>гематоксилин и эозин. Одни участки волокон интенсивно окрашиваются гематоксилином в сиреневый, а другие интенсивно красятся эозином в синий.</p> <p>Гиалиново-капельная дистрофия развивается в почках (поражается эпителий извитых канальцев). Встречается при таких заболеваниях почек, как хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, при отравлениях. В цитоплазме клеток образуются капли гиалиноподобного вещества. Такая дистрофия характеризуется</p>	
--	--	---	--

		<p>значительным нарушением почечной фильтрации.</p> <p>Гидропическая дистрофия может встречаться в печеночных клетках при вирусных гепатитах. При этом в гепатоцитах образуются крупные светлые капли, часто заполняющие клетку.</p> <p>Стромально-сосудистая дистрофия — это нарушение обмена в соединительной ткани, преимущественно в ее межклеточном веществе, накопление продуктов метаболизма. В зависимости от вида нарушенного обмена мезенхимальные</p>	
--	--	--	--

		<p>дистрофии делятся на белковые (диспротеинозы), жировые (липидозы) и углеводные. Среди диспротеинов различают мукоидное набухание, фибриновое набухание, гиалиноз и амилоидоз. Первые три связаны с нарушением проницаемости сосудистой стенки.</p> <p>1. Мукоидное набухание — это обратимый процесс. Происходят поверхностные неглубокие изменения структуры соединительной ткани. За счет действия патологического фактора в основном веществе возникают</p>	
--	--	---	--

	<p>процессы декомпозиции, т. е. распадаются связи белков и аминогликанов. Аминогликаны находятся в свободном состоянии и обнаруживаются в соединительной ткани. За их счет соединительная ткань окрашивается базофильно. Возникает феномен метахромазии (способность ткани изменять цвет красителя). Так, толуидиновый синий в норме синий, а при мукоидном набухании - розовый или сиреневый. Муцин (слизь) состоит из протеидов и поэтому своеобразно</p>	
--	--	--

		<p>окрашивается.</p> <p>Глюкозаминогликаны хорошо впитывают жидкость, которая выходит из сосудистого русла, и волокна набухают, но не разрушаются.</p> <p>Макроскопическая картина не изменена. К факторам, вызывающим мукоидное набухание, относятся: гипоксии (гипертоническая болезнь, атеросклероз), иммунные нарушения (ревматическая болезнь, эндокринные нарушения, инфекционные заболевания).</p> <p>2. Фибриноидное набухание — это глубокая и необратимая дезорганизация</p>	
--	--	--	--

		<p>соединительной ткани, в основе которой лежит деструкция основного вещества ткани и волокон, сопровождающаяся резким повышением сосудистой проницаемости и образованием фибриноида. Может быть следствием мукоидного набухания. Волокна разрушаются, процесс носит необратимый характер. Свойство метахромазии пропадает. Макроскопическая картина без изменений. Микроскопически наблюдаются коллагеновые волокна, пропитанные белками плазмы, окрашиваемые в желтый цвет</p>	
--	--	--	--

		<p>пирофуксином.</p> <p>Исходом фибриноидного набухания могут быть некроз, гиалиноз, склероз. Вокруг зоны фибриноидного набухания скапливаются макрофаги, под действием которых клетки разрушаются и наступает некроз. Макрофаги способны вырабатывать монокины, которые способствуют размножению фибробластов. Таким образом, зона некроза заменяется соединительной тканью - возникает склероз.</p> <p>3. Гиалиновая дистрофия (гиалиноз).</p>	
--	--	--	--

		<p>В соединительной ткани образуются однородные прозрачные плотные массы гиалина (фибрилярного белка), которые устойчивы по отношению к щелочам, кислотам, ферментам, ШИК-положительны, хорошо воспринимают кислые красители (эозин, кислый фуксин), пирюфуксином окрашиваются в желтый или красный цвет.</p> <p>Гиалиноз - это исход разных процессов: воспаления, склероза, фибриноидного набухания, некроза, плазматического пропитывания.</p> <p>Различают гиалиноз</p>	
--	--	---	--

		<p>сосудов и собственно соединительной ткани. Каждый может быть распространенным (системным) и местным.</p> <p>При гиалинозе сосудов поражаются преимущественно мелкие артерии и артериолы.</p> <p>Микроскопически - гиалин обнаруживается в субэндотелиальном пространстве, разрушая эластическую пластинку, сосуд превращается в утолщенную стекловидную трубочку с очень суженным или полностью закрытым просветом.</p> <p>Гиалиноз мелких сосудов носит</p>	
--	--	---	--

		<p>системный характер, но значительно выражен в почках, головном мозге, сетчатке глаза, поджелудочной железе. Характерен для гипертонической болезни, диабетической микроангиопатии и заболеваний с нарушениями иммунитета.</p> <p>Выделяют три вида сосудистого гиалина:</p> <p>1) простой, возникающий вследствие инсудации неизменных или малоизмененных компонентов плазмы крови (при гипертонической болезни, атеросклерозе);</p>	
--	--	--	--

		<p>2) липогиалин, содержащий липиды и β-липопротеиды (при сахарном диабете);</p> <p>3) сложный гиалин, строящийся из иммунных комплексов, разрушающихся структур сосудистой стенки, фибрина (характерен для заболеваний с иммунопатологическим и нарушениями - например, для ревматических заболеваний).</p> <p>Гиалиноз собственно соединительной ткани развивается в исходе фибриноидного набухания, которое ведет к деструкции коллагена и пропитыванию ткани</p>	
--	--	---	--

		<p>белками плазмы и полисахаридами.</p> <p>Внешний вид органа изменяется, возникает его атрофия, происходят деформация и сморщивание.</p> <p>Соединительная ткань становится плотной, белесоватой и полупрозрачной.</p> <p>Микроскопически - соединительная ткань теряет фибриллярность и сливается в однородную плотную хрящеподобную массу; клеточные элементы сдавливаются и подвергаются атрофии.</p> <p>При местном гиалинозе исходом являются рубцы, фиброзные спайки серозных полостей, склероз</p>	
--	--	--	--

		<p>сосудов и т. д. Исход в большинстве случаев неблагоприятный, но возможно и рассасывание гиалиновых масс.</p> <p>4. Амилоидоз - разновидность белковой дистрофии, которая является осложнением различных заболеваний (инфекционной, воспалительной или опухолевой природы). В таком случае имеется приобретенный (вторичный) амилоидоз. Когда амилоидоз является следствием неизвестной этиологии — это первичный амилоидоз. Заболевание было описано К.</p>	
--	--	--	--

		<p>Ракитанским и носило название "сальная болезнь", так как микроскопическим признаком амилоидоза является сальный блеск органа. Амилоид представляет собой сложное вещество - гликопротеид, в котором глобулярные и фибриллярные белки имеют тесную связь с мукополисахаридами. Если для белков характерен примерно одинаковый состав, то полисахариды всегда имеют различный состав. В результате амилоид никогда не имеет постоянного химического состава. Доля белков составляет 96-98 % всей массы амилоида. Существуют</p>	
--	--	--	--

		<p>две фракции углеводов - кислые и нейтральные полисахариды.</p> <p>Физические свойства амилоида представлены анизотропией (способностью к двойному лучепреломлению, что проявляется в поляризованном свете), под микроскопом амилоид продуцирует желтое свечение, чем отличается от коллагена и эластина.</p> <p>Красочные реакции для определения амилоида: элективная окраска "Конго красный" окрашивает амилоид в кирпично-красный цвет, что происходит вследствие наличия в составе амилоида фибрилл, которые</p>	
--	--	---	--

		обладают способностью связывать и прочно удерживать на себе краску.	
4.	Эмболия: определение, виды, причины, морфологическая характеристика. Ортоградная, ретроградная и парадоксальная эмболии. Тромбоэмболия: причины развития, клиническое значение. Тромбоэмболия легочной артерии, острое легочное сердце. Тромбоэмболический синдром: клинико-морфологическая характеристика.	<p><i>Эмболия</i> (от греч. <i>em-ballein</i> - бросать внутрь) - циркуляция в крови (или лимфе) не встречающихся в нормальных условиях частиц и закупорка ими сосудов. Сами частицы называются <i>эмболами</i>.</p> <p>Эмболы чаще перемещаются по току крови по трем направлениям: 1) из венозной системы большого круга кровообращения и правого сердца в сосуды малого круга кровообращения. Если эмболы имеются,</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>

		<p>например, в системе нижней или верхней полой вены, то они попадают в легкие; 2) из левой половины сердца, аорты и крупных артерий, а также (редко) из легочных вен в артерии сердца, мозга, почек, селезенки, кишечника, конечностей и т.д.; 3) из ветвей портальной системы в воротную вену печени. Однако реже эмбол в силу своей тяжести может двигаться против тока крови, например, через нижнюю полую вену опускаться в почечную, печеночную или даже в бедренную вену. Такую эмболию называют <i>ретроградно</i> <i>й</i>. При наличии</p>	
--	--	---	--

		<p>дефектов в межпредсердной или межжелудочковой перегородке возникает <i>парадоксальная эмболия</i>: эмбол из вен большого круга, минуя легкие, попадает в артерии. К парадоксальным эмболиям можно отнести микроэмболию сосудов через артериовенозные анастомозы.</p> <p>Механизм развития. Его нельзя свести лишь к механическому закрытию просвета сосуда. В развитии эмболии огромное значение имеет <i>рефлекторный</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>спазм</i> как основной сосудистой магистрали, так и ее коллатералей, что вызывает тяжелые дисциркуляторные нарушения. Спазм артерий может распространяться на сосуды парного или какого-либо другого органа (например, реноренальный рефлекс при эмболии сосудов одной из почек, пульмокоронарный рефлекс при тромбоэмболии легочной артерии).</p> <p>В зависимости от <i>природы</i> эмболов, которые могут быть единичными или множественными, различают следующие виды эмболии: тромбоэмболию,</p>	
--	--	---	--

	<p>жировую, воздушную, газовую, тканевую (клеточную), микробную, эмболию инородными телами.</p> <p><i>Тромбоэмболия</i> - наиболее частый вид эмболии (см. рис. 61). Возникает она при отрыве тромба или его части, причем размеры тромбоэмболов могут быть разными - от определяемых только под микроскопом до длины в несколько сантиметров.</p> <p>Если эмболами становятся тромбы вен большого круга кровообращения или камер правой половины сердца, то они попадают в разветвления легочной</p>	
--	---	--

		<p>артерии. Возникает <i>тромбоэмболия системы легочной артерии</i>. При тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии обычно развивается <i>геморрагический инфаркт легкого</i>, а при тромбоэмболии крупных ветвей наступает внезапная смерть. Иногда внезапная смерть наступает в тех случаях, когда тромбоэмбол обнаруживается в месте разветвления основного ствола легочной артерии. В генезе смерти при тромбоэмболии легочной артерии придается значение не</p>	
--	--	--	--

		<p>столько механическому фактору закрытия просвета сосуда, сколько пульмокоронарному рефлексу. При этом наблюдается спазм бронхиального дерева, ветвей легочной артерии и венечных артерий сердца.</p> <p>Источником <i>тромбоэмболии большого круга кровообращения</i> служат, как уже говорилось, тромбы, возникающие на створках клапанов левого сердца, тромбы, расположенные между трабекулярными мышцами левого желудочка, в ушке левого предсердия или в аневризме сердца, в аорте и других артериях. В этих</p>	
--	--	---	--

		<p>случаях развивается <i>тромбоэмболический синдром</i> с инфарктами во многих органах.</p> <p>О <i>жировой эмболии</i> говорят в тех случаях, когда источником ее являются капли жиров. Как правило, это жиры тела. Попадающие в вены жировые капли облитерируют капилляры легких или же, минуя легкие, через артериовенозные анастомозы поступают в капилляры клубочков почек, головного мозга и других органов. Макроскопически органы при жировой эмболии не</p>	
--	--	---	--

		<p>изменяются, жировые эмболы обнаруживаются в капиллярах только при микроскопическом исследовании срезов, специально окрашенных на жиры (судан III или IV, осмиевая кислота и др.).</p> <p>Жировая эмболия развивается обычно при травматическом размозжении подкожной клетчатки, костного мозга (при переломе или огнестрельном ранении длинных трубчатых костей). Редко она возникает при введении большого количества или контрастных веществ, приготовленных на масле. Очень часто,</p>	
--	--	--	--

		<p>например при переломе длинных трубчатых костей, жировая эмболия клинически не проявляется, так как в легких жир эмульгируется, омыляется и рассасывается липофагами (изредка при этом возникает пневмония). Жировая эмболия становится опасной, если выключается 2/3 легочных капилляров. Тогда развивается острая легочная недостаточность и остановка сердца.</p> <p>Смертельный исход может наступить и при жировой эмболии капилляров мозга, что ведет к появлению многочисленных</p>	
--	--	--	--

		<p>точечных кровоизлияний в мозговой ткани.</p> <p><i>Воздушная эмболия</i> возникает при попадании в кровоток воздуха. Это редкий вид эмболии, который встречается при ранении вен шеи, чему способствует отрицательное давление в них; при зиянии вен внутренней поверхности матки после родов; при повреждении склерозированного легкого, вены которого не спадаются; при наложении пневмоторакса; при операциях на открытом сердце; при случайном введении воздуха в вену вместе с</p>	
--	--	--	--

		<p>лекарственными веществами. Попавшие в кровь пузырьки воздуха вызывают эмболию сосудов малого круга кровообращения, наступает внезапная смерть. При этом воздух накапливается в полости правого сердца и растягивает его.</p> <p>Для диагностики воздушной эмболии на вскрытии нужно проколоть правое сердце, не вынимая его и предварительно заполнив полость сердечной сорочки водой. Воздушная эмболия распознается по выделению воздуха через отверстие на</p>	
--	--	--	--

		<p>месте прокола; кровь в полости сердца, особенно правого, имеет пенистый вид, вены содержат пузырьки воздуха.</p> <p><i>Газовая эмболия</i>, т.е. закупорка сосудов пузырьками газа, встречается у рабочих, занятых на кессонных работах, водолазов в случаях быстрого перехода от высокого атмосферного давления к нормальному, т.е. при быстрой декомпрессии. Известно, что с повышением атмосферного давления в крови происходит накопление и растворение большого количества азота, который переходит в ткани. При быстрой</p>	
--	--	--	--

		<p>декомпрессии высвобождающийся из тканей азот не успевает выделиться легкими и накапливается в виде пузырьков газа в крови. Газовые эмболы закупоривают капилляры головного и спинного мозга, печени, почек и других органов, что сопровождается появлением в них очагов ишемии и некроза (особенно часты очаги размягчения в головном и спинном мозге), развитием множественных кровоизлияний и тромбов. Эти изменения характерны для <i>кессонной болезни</i>. Близки к</p>	
--	--	---	--

		<p>кессонной болезни изменения, которые встречаются у летчиков при скоростных подъемах и спусках. Иногда газовая эмболия возникает как осложнение <i>газовой (анаэробной) гангрены</i>.</p> <p><i>Тканевая (клеточная) эмболия</i> возможна при разрушении тканей в связи с травмой или патологическим процессом, ведущим к поступлению кусочков тканей (клеток) в кровь (см. рис. 61). Эмболами могут быть опухолевая ткань или комплексы клеток опухоли при ее распаде, кусочки клапанов сердца при язвенном эндокардите, ткань головного мозга при травме головы.</p>	
--	--	--	--

		<p>Эмболия тканью головного мозга сосудов малого и большого круга кровообращения возможна и у новорожденных при родовой травме. К тканевой относят также эмболию амниотической жидкостью у родильниц. Чаще тканевая (клеточная) эмболия наблюдается в сосудах большого круга, реже - в сосудах малого круга кровообращения.</p> <p>Особую категорию тканевой эмболии составляет эмболия клетками злокачествен-</p> <p>ной опухоли, так как</p>	
--	--	--	--

		<p>она лежит в основе гематогенного метастазирования опухоли. <i>Метастазированием</i> (от греч. <i>metastasis</i>-перемещение) называют перенос кровью эмболов, содержащих элементы, которые способны расти и развиваться на месте переноса. Очаг, образующийся в результате такого переноса, называют <i>метастазом</i>.</p> <p><i>Микробная эмболия</i> возникает в тех случаях, когда циркулирующие в крови микробы обтурируют просвет капилляров. Это могут быть комочки склеившихся бактерий</p>	
--	--	--	--

		<p>или грибов, животные паразиты, простейшие. Нередко бактериальные эмболы образуются при гнойном расплавлении тромба. На месте закупорки сосуда бактериальными эмболами образуются метастатические гнойники: при эмболии сосудов малого круга - в легких, при эмболии сосудов большого круга - в почках, селезенке, сердце и других органах.</p> <p><i>Эмболия инородными телами</i> наблюдается при попадании в просвет крупных сосудов осколков снарядов и мин, пуль и других тел. Вследствие того, что масса таких инородных тел</p>	
--	--	--	--

		<p>высокая, они проходят небольшие отрезки кровеносного русла, например из верхней полой вены в правые отделы сердца. «Тяжелые эмболы» по понятным причинам могут давать и ретроградную эмболию, т.е. спускаются против тока крови, например из верхней или нижней полой вены в нижележащие венозные стволы. К эмболии инородными телами относят эмболию известью и кристаллами холестерина атеросклеротических бляшек, выкрашивающихся в просвет сосуда при их</p>	
--	--	---	--

	<p>изъязвлении.</p> <p>Значение. Эмболии осложняют многие заболевания. Лишь газовая эмболия является сущностью и проявлением самостоятельного заболевания - кессонной болезни. Однако значение эмболии как осложнения неоднозначно и определяется видом эмбола, распространенностью эмболии и их локализацией.</p> <p>Огромное клиническое значение имеют тромбоэмболические осложнения и прежде всего тромбоэмболия легочной артерии, ведущая к внезапной</p>	
--	---	--

		<p>смерти. Тромбоэмболия артерий большого круга является частой причиной развития инфаркта головного мозга, почек, селезенки, гангрены кишечника, конечностей. Нередко в таких случаях возникает тромбоэмболический синдром, плохо поддающийся лечению. Не меньшее значение для клиники имеет бактериальная эмболия как механизм распространения гнойной инфекции и одно из наиболее ярких проявлений сепсиса. То же следует сказать и об эмболии клетками злокачественных опухолей как основе их</p>	
--	--	---	--

		<p>метастазирования.</p> <p>Значение воздушной и жировой эмболии невелико, но в ряде случаев они могут стать причиной смертельного исхода.</p> <p><i>О тромбоэмболическом синдроме</i> говорят в тех случаях, когда тромб или часть его отрывается, превращается в тромбоэмбол (см. <i>Эмболия</i>), циркулирует в крови по большому кругу кровообращения и, обтурируя просвет артерий, вызывает развитие множественных инфарктов. Нередко тромбоэмболия сменяется <i>эмболотромбозом</i>, т.е. наслоением</p>	
--	--	--	--

		<p>тромба на тромбоэмбол. Источником тромбоэмболии чаще бывают тромбы на створках митрального или аортального клапанов (бактериальный или ревматический эндокардит - рис. 61), межтрабекулярные тромбы левого желудочка и ушка левого предсердия, тромбы аневризмы сердца (ишемическая болезнь, пороки сердца), аорты и крупных артерий (атеросклероз). Множественные тромбоэмболии в таких случаях ведут к развитию инфарктов в почках, селезенке,</p>	
--	--	---	--

		<p>головном мозге, сердце и гангрене кишечника, конечностей.</p> <p>Тромбоэмболический синдром часто встречается при сердечно-сосудистых, онкологических, инфекционных (сепсис) заболеваниях, в послеоперационном периоде, при различных оперативных вмешательствах.</p> <p>Вариантом тромбоэмболического синдрома можно считать и тромбоэмболию легочной артерии с развитием инфарктов легких</p>	
--	--	--	--

5.	<p>Туберкулёз. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез. Классификация (первичный, гематогенный, вторичный). Морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>Туберкулез – это хроническое инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза. Патологоанатомические выделяют 3 основных вида:</p> <p>1) первичный туберкулез;</p> <p>2) гематогенный туберкулез;</p> <p>3) вторичный туберкулез.</p> <p>Классическая форма морфологического проявления первичного туберкулеза – первичный туберкулезный</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>

		<p>комплекс. В 90 % случаев очаги формирования первичного туберкулезного комплекса – это верхние и средние отделы легких, но возможно и в тонкой кишке, костях и т. д. В первичном легочном аффекте развивается альвеолит, который быстро сменяется типичным развитием творожистого некроза. В центре первичного аффекта формируется казеоз, по периферии – элементы неспецифического воспаления. Первичный легочный очаг чаще всего располагается непосредственно</p>	
--	--	--	--

		<p>под плеврой, поэтому плевра часто вовлекается в специфический процесс. В лимфатических сосудах происходят расширение-инфильтрация стенок и появление бугорков. В регионарных лимфатических узлах возникают элементы воспаления, переходящие в специфические казеозные изменения с некрозом. Перифокальное воспаление вокруг лимфатических узлов распространяется на клетчатку средостения и прилежащую легочную ткань. По</p>	
--	--	--	--

		<p>тяжести поражения процесс в лимфатических узлах превосходит изменения в области первичного аффекта, поэтому репаративные изменения в лимфатических узлах протекают медленнее.</p> <p>Выделяются 4 фазы течения первичного туберкулеза легких:</p> <ol style="list-style-type: none">1) пневмоническая;2) фаза рассасывания;3) фаза уплотнения;4) формирование очага Гона. <p>В первой фазе (пневмоническая) определяется очаг</p>	
--	--	---	--

		<p> бронхолобулярной пневмонии (легочного аффекта) величиной от 1,5–2 до 5 см. Форма легочного аффекта – округлая или неправильная, характер неоднородный, контуры размытые. Одновременно определяются увеличенные прикорневые лимфатические узлы, усиление бронхо-сосудистого рисунка между очагом и корнем легкого – лимфангит. </p> <p> Во второй фазе рассасывания (биполярности) наблюдается уменьшение зоны перифокального воспаления, яснее </p>	
--	--	--	--

		<p>выявляется центрально расположенный казеозный очаг. Уменьшаются воспалительные изменения в регионарных лимфатических узлах в районе бронхолегочных сосудов.</p> <p>В третьей фазе (уплотнения) первичный очаг хорошо очерчен, контуры его четкие, по периферии очага берет начало кальцинация в виде мелких крошек; краевая кальцинация присутствует и в бронхопульмональных лимфатических узлах.</p> <p>При четвертой фазе</p>	
--	--	--	--

		<p>(формирование очага Гона) на месте очага бронхолобулярной пневмонии кальцинация становится компактной, очаг приобретает округлую форму и ровные четкие контуры, величина его не превышает 3–5 мм. Такое образование называется очагом Гона.</p> <p>Исходы первичного туберкулезного комплекса:</p> <p>1) заживление с инкапсуляцией, обызвествлением или окостенением;</p> <p>2) прогрессирование с развитием различных форм</p>	
--	--	---	--

		<p>генерализации, присоединением неспецифических осложнений типа ателектаза, пневмосклероза и пр.</p> <p>Гематогенная генерализация развивается при поступлении микобактерий туберкулеза в кровь. Обязательным условием для гематогенной генерализации является состояние гиперергии. В зависимости от состояния первичного туберкулезного комплекса различают раннюю генерализацию, проявляющуюся в виде:</p>	
--	--	--	--

		<p>1) генерализованного милиарного туберкулеза с массивным высыпанием продуктивных или экссудативных узелков во всех органах;</p> <p>2) очагового туберкулеза с образованием в разных органах до 1 см в диаметре казеозных очагов.</p> <p>Очаги гематогенной генерализации могут явиться источником развития туберкулеза в различных органах.</p> <p>При прогрессировании гематогенно-диссеминированного туберкулеза</p>	
--	--	--	--

		<p>формируются каверны. Каверны образуются в результате творожистого распада и расплавления некротических масс. При гематогенной форме туберкулеза легких каверны бывают тонкостенными, множественными и располагаются симметрично в обоих легких. В происхождении таких каверн играют роль повреждение кровеносных сосудов, их тромбоз и облитерация. Нарушается питание пораженных участков легких и формируется деструкция по типу</p>	
--	--	---	--

		<p>трофических язв. С образованием каверн открывается возможность бронхогенного обсеменения здоровых участков легких.</p> <p>Различают 7 форм вторичного туберкулеза: острый очаговый, фибринозо-очаговый, инфильтративный, острый кавернозный, цирротический туберкулез, казеозную пневмонию и туберкулому.</p>	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП	Результаты обучения по дисциплине
------------------------	-----------------------------------

(компетенции)	
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	2 - структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>УСЛОВИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩВЛЕНИЯ</p> <p>1) гипоксия 2) атеросклероз 3) очаги некроза 4) гипокальциемия 5) гиперкальциемия</p>	5) гиперкальциемия	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,</p>

			<p>2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
2.	<p>ПРЕДРАКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА</p> <p>1) тяжелая дисплазия 2) гипертрофия 3) дистрофия 4) атрофия</p>	1) тяжелая дисплазия	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL:</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ХАРАКТЕР РОСТА РАКА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРОСВЕТУ ЖЕЛУДКА</p> <p>1) инфильтрирующий 2) аппозиционный 3) экспансивный 4) эндофитный 5) экзофитный</p>	<p>4) эндофитный 5) экзофитный</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>
2.	ВНУТРИМОЗГОВАЯ ГЕМАТОМА	1) лобной	Зайратьянц, О. В.

	<p>ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО В ДОЛЕ</p> <p>1) лобной 2) височной 3) теменной 4) затылочной</p>	3) теменной	<p>Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Причины тиреотоксикоза</p> <p>2. Причины гипотиреоза</p> <p>А. Хирургическое удаление щитовидной железы</p>	<p>1-БВ</p> <p>2-АГД</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное</p>

	Б. Болезнь Грейвса В. Болезнь Пламмера Г. Аутоиммунный тиреоидит Д. Аплазия щитовидной железы		пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704- 6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 5 лет назад перенес тяжелую форму вирусного гепатита. Диагностирован цирроз печени. При лапароскопии печень уменьшена в размерах, поверхность узловатая,	1.крупноузловой 2.постнекротический 3.формирование ложных долек,	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное

	<p>диаметр узлов до 5 см.</p> <p>1.Какой морфологический (макроскопический) вид цирроза?</p> <p>2.Какой морфогенетический тип цирроза?</p> <p>3.Каковы микроскопические особенности этого вида цирроза?</p> <p>4. Каковы возможные причины смерти больного?</p>	<p>сближение триад, широкие фиброзные прослойки, преобладание белковой дистрофии гепатоцитов.</p> <p>4.печёночная недостаточность, пищеводно-желудочные кровотечения.</p>	<p>пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
2.	<p>Больной длительно страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, осложнившимся эмпиемой плевры. К легочному процессу спустя 6 лет от начала заболевания присоединилась нарастающая почечная недостаточность. Умер от гиперазотемической уремии.</p> <p>1. О каком туберкулезе идет речь:</p>	<p>1.вторичный туберкулёз</p> <p>2.инфильтративный туберкулёз</p> <p>3.гноино-некротический, туберкулёзный грануляций, соединительнотканый</p> <p>4.прорыв содержимого</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL:</p>

	<p>первичном, гематогенном, вторичном?</p> <p>2. Какая форма туберкулеза могла предшествовать образованию каверны?</p> <p>3. Какие слои различают в стенке каверны?</p> <p>4. Каков механизм развития эмпиемы плевры?</p> <p>5. Каков путь распространения инфекции в легких?</p> <p>6. Какой процесс обусловил развитие гиперазотемической уремии?</p>	<p>каверны в плевральную полость</p> <p>5. бронхогенный</p> <p>6. амилоидоз</p>	<p>https://e.lanbook.com/book/105922</p>
3.	<p>У больного 40 лет, страдавшего ревматическим пороком сердца, появилась гектическая лихорадка, желтушность кожных покровов, геморрагические высыпания, одышка в покое, отеки. На конъюнктиве у внутреннего угла нижних век обоих глаз –</p>	<p>1. затяжной септический эндокардит</p> <p>2. аортальные пороки сердца</p> <p>3. полипозно-язвенный эндокардит склерозированных</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-</p>

	<p>петехиальная сыпь.</p> <p>1. О какой клинико-морфологической форме сепсиса идет речь?</p> <p>2. Какова наиболее вероятная локализация септического очага?</p> <p>3. Каков характер изменений в септическом очаге?</p> <p>4. Какое название имеют петехиальные высыпания на конъюнктиве?</p>	<p>клапанов</p> <p>4.пятна</p> <p>Лукина-Либмана</p>	<p>библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
4.	<p>Больной страдал ревматическим пороком митрального клапана. Смерть наступила от хронической сердечно-сосудистой недостаточности. На вскрытии створки митрального клапана утолщены, сращены, непрозрачны, плотные, молочно-белого цвета.</p> <p>1. В результате каких последовательных изменений (стадий процесса) в клапанном эндокарде развилось это</p>	<p>1. Гиалиноз.</p> <p>2. Мукоидное набухание, фибриноидное набухание.</p> <p>3. Мукоидное набухание накопление и перераспределение гликозамингликанов в основном веществе соединительной ткани, повышение</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	<p>состояние?</p> <p>2. В чем сущность изменений в каждой из этих стадий?</p> <p>3. На какой стадии процесс был обратим?</p> <p>4. Какие проявления могла иметь хроническая сердечная недостаточность?</p>	<p>сосудисто-тканевой проницаемости. Фибриноиднонабухан ие деструкция межучточного вещества и коллагеновых волокон, повышение сосудисто-тканевой проницаемости с появлением в ткани фибрина и образованием вещества фибриноида. Гиалиноз образование плотного вещества гиалина в результате деструкции ткани и плазматического пропитывания.</p> <p>4. Мукоидное набухание</p>	
5.	Больная жаловалась на наличие	1.Фиброаденома.	Патологическая

<p>плотного опухолевидного узла в молочной железе. Произведена секторальная резекция железы, ткань ее послана на гистологическое исследование. Обнаружен опухолевой узел</p> <p>диаметром 2 см, плотный, в капсуле, на разрезе бело-розовый, тяжистый. Опухоль представлена щелевидными железистыми компонентами, сдавленными разрастающейся соединительной тканью, которая преобладает над паренхимой.</p> <p>1. Какая опухоль обнаружена в молочной железе, дайте название?</p> <p>2. Вид этой опухоли в зависимости от особенностей разрастания соединительной ткани?</p> <p>3.Доброкачественная или злокачественная опухоль?</p>	<p>2.Интраканаликулярная .</p> <p>3.Доброкачественная.</p> <p>4. Органоспецифическая.</p> <p>5.К дисгормональным гиперплазиям (дисплазиям).</p>	<p>анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	---	---

	<p>4. Обладает ли органоспецифичностью?</p> <p>5. К какой категории заболеваний молочной железы относится?</p>		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Гнойные инфекции, вызываемые грамположительными бактериями. Стафилококковые инфекции. Стрептококковые инфекции. Скарлатина. Эпидемиология, этиология, патогенез, морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>Скарлатина (от итал. scarlatum – багровый, пурпурный) – одна из форм стрептококковой инфекции в виде острого инфекционного заболевания с местными воспалительными изменениями, преимущественно в зеве, сопровождается типичной распространенной сыпью. Болеют в большинстве случаев дети до 16 лет, могут болеть и взрослые. Возбудитель – б-</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

		<p>гемолитический стрептококк группы А различных серологических сероваров. Заражение происходит преимущественно воздушно-капельным путем, возможна передача через предметы и продукты питания (в основном через молоко). Патогенез скарлатины сложный и определяется тремя направлениями взаимоотношений микрои макроорганизма – токсическим, аллергическим и септическим. В месте первичной фиксации стрептококк чаще в миндалинах, реже в коже и еще реже в легких вызывает воспалительный процесс с</p>	
--	--	--	--

		<p>присоединением регионарного лимфаденита – первичный скарлатинозный аффект и первичный скарлатинозный комплекс. Локализация аффекта вне миндалин получила название экстрабуккальной скарлатины. Благодаря образованию антитоксических антител общие токсические явления (сыпь, температура, общая интоксикация) к концу первой – началу 2-й недели болезни (1-й период скарлатины) уступают место инфекционно-аллергическим проявлениям, наступающим со 2-3-й недели болезни, благодаря распространению микробных тел из</p>	
--	--	--	--

		<p>первичного аффекта по лимфатическим путям – в кровяное русло с распадом в крови микробных тел и аллергизацией его их антигенами (2-й период). Проявляется 2-й период аллергическими реакциями со стороны кожи, суставов, почек, сосудов, сердца. Аллергические изменения повышают проницаемость тканевых барьеров и сосудистого русла, что способствует инвазии стрептококка в органы с развитием сепсиса.</p> <p>Патологическая анатомия.</p> <p>В 1-й период болезни в зеве и миндалинах отмечается резкое полнокровие («пылающий зев»), которое распространяется на</p>	
--	--	---	--

		<p>слизистую оболочку полости рта, язык (малиновый язык), глотку. Миндалины увеличены, сочные, ярко-красные – катаральная ангина. Вскоре на поверхности и в глубине ткани миндалин появляются сероватые, тусклые очаги некрозов – типичная для скарлатины некротическая ангина. В зависимости от тяжести течения некрозы могут распространяться на мягкое небо, глотку, слуховую (евстахиеву) трубу, среднее ухо, с лимфатических узлов переходить на клетчатку шеи. При отторжении некротических масс образуются язвы. Сыпь появляется в первые 2 дня болезни,</p>	
--	--	---	--

		<p>имеет мелкоточечный характер, ярко-красный цвет, покрывает всю поверхность тела, за исключением носогубного треугольника, который резко выделяется на общем ярко-красном фоне кожи лица. В коже отмечаются полнокровие, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, отек, экссудация. В поверхностных слоях эпителия имеют место дистрофические изменения, паракератоз с последующим некрозом. Так как элементы сыпи близко расположены друг к другу, участки некроза верхних слоев эпителия сливаются и к 2-3-й неделе болезни слущиваются пластами – пластинчатое</p>	
--	--	---	--

		<p>шелушение.</p> <p>В печени, миокарде и почках отмечаются дистрофические изменения и интерстициальные лимфогистиоцитарные инфильтраты. В селезенке, лимфоидной ткани кишечника наблюдаются гиперплазия В-зон с плазматизацией и миелоидная метаплазия. Эти изменения варьируют в зависимости от тяжести течения и формы скарлатины. В головном мозге и вегетативных ганглиях имеются дистрофические изменения нейронов и расстройства кровообращения. Осложнения зависят от гнойно-некротических изменений, например от развития</p>	
--	--	--	--

		<p>хронического отита с понижением слуха, или (во втором периоде) от хронического заболевания почек. В связи с применением антибиотиков, а также изменениями свойств самого возбудителя в настоящее время аллергические и гнойно-некротические процессы при скарлатине почти не развиваются. Смерть раньше наступала от токсемии или септических осложнений. В настоящее время смертельных исходов нет.</p> <p>Стафилококковая кишечная инфекция Это острое кишечное заболевание с воспалительными изменениями тонкой и толстой кишки и</p>	
--	--	--	--

		<p>общим токсикозом наблюдается преимущественно у детей грудного и первого года жизни. Возбудителем являются золотистый стафилококк, обладающий энтеротоксином, и другие патогенные штаммы стафилококка с плазмокоагулирующим и гемолизирующими свойствами. Заражение происходит контактным или алиментарным путем от здоровых носителей, при искусственном вскармливании молоком, при грудном вскармливании от матери, больной стафилококковым маститом. Возможна аутоинфекция, особенно при лечении антибиотиками.</p>	
--	--	--	--

		<p>Антибиотики приводят к нарушению равновесия кишечной флоры ребенка (дисбактериоз); при наличии устойчивых к ним штаммов стафилококка возможно эндогенное инфицирование. Стафилококковой кишечной инфекцией болеют преимущественно недоношенные, грудные дети, ослабленные предшествующими заболеваниями, дети со сниженной иммунологической реактивностью, с врожденными иммунодефицитными заболеваниями. Стафилококковая инфекция часто присоединяется к другим инфекционным заболеваниям</p>	
--	--	---	--

		<p>кишечника (дизентерия, коли-инфекция, вирусные инфекции и др.). Стафилококковый энтероколит может быть ограниченным или распространенным. Воспаление носит серозно-десквамативный, фибринозно-гнойный или гнойно-некротический характер. В последнем случае возникают язвы (стафилококковый язвенный энтероколит), имеющие склонность распространяться до серозного покрова. Микроскопически края и дно язв инфильтрованы лейкоцитами, среди некротизированной ткани встречается большое число колоний стафилококка. В печени, почках</p>	
--	--	--	--

		<p>наблюдается жировая дистрофия, в лимфоидных органах – миелоидная метаплазия, в вилочковой железе – акцидентальная инволюция, в остальных органах – расстройства микроциркуляции. Осложнения. Часто осложнением стафилококкового язвенного энтероколита является перфорация кишки с развитием гнойного калового перитонита и стафилококкового сепсиса. Смерть наступает от осложнений или токсикоза.</p>	
2.	Ишемическая болезнь сердца. Этиология и патогенез, факторы риска. Инфаркт миокарда: причины, классификация, динамика биохимических и	Этиология и патогенез, факторы риска. Инфаркт миокарда: причины, классификация,	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В.

	<p>морфофункциональных изменений в миокарде. Морфология острого, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда.</p>	<p>динамика биохимических и морфофункциональных изменений в миокарде. Морфология острого, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда. Ишемическая болезнь сердца – группа заболеваний, обусловленных абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровообращения. Поэтому ишемическая болезнь – это коронарная болезнь сердца. Среди непосредственных причин развития ишемической болезни сердца следует назвать длительный спазм, тромбоз или тромбоземболию венечных артерий</p>	<p>Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	---	--	---

		<p>сердца и функциональное перенапряжение миокарда в условиях атеросклеротической окклюзии этих артерий.</p> <p>Этиологические факторы атеросклероза и гипертонической болезни, прежде всего психоэмоциональное перенапряжение, ведущее к ангионевротическим нарушениям, являются этиологическими факторами ишемической болезни сердца.</p> <p>Патогенетические факторы ишемической болезни, атеросклероза и гипертонической болезни также общие. Среди них главные:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гиперлипидемия; 2. артериальная гипертензия; 3. избыточная масса 	
--	--	--	--

		<p>тела (ожирение);</p> <p>4. малоподвижный образ жизни;</p> <p>5. курение;</p> <p>6. нарушение толерантности к углеводам, в частности сахарный диабет;</p> <p>7. мочекислый диатез;</p> <p>8. генетическая предрасположенность;</p> <p>9. принадлежность к мужскому полу.</p> <p>Инфаркт миокарда – это ишемический некроз сердечной мышцы, поэтому клинически, помимо изменений электрокардиограммы, для него характерна ферментемия. Как правило, это ишемический (белый) инфаркт с геморрагическим венчиком.</p> <p>Классификация и патологическая анатомия.</p>	
--	--	--	--

		<p>1. по времени его возникновения</p> <p>2. по локализации в различных отделах сердца и сердечной мышцы</p> <p>3. по распространенности</p> <p>4. по течению.</p> <p>Инфаркт миокарда – понятие временное. Он занимает примерно 8 нед с момента приступа ишемии миокарда – первичный (острый) инфаркт миокарда.</p> <p>Если инфаркт миокарда развивается спустя 8 нед после первичного (острого), то его называют повторным инфарктом.</p> <p>Инфаркт, развившийся в течение 8 нед существования первичного (острого), называют рецидивирующим инфарктом миокарда.</p>	
--	--	---	--

		<p>Инфаркт миокарда локализуется чаще всего в области верхушки, передней и боковой стенок левого желудочка и передних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в бассейне передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии, которая функционально более отягощена и сильнее других ветвей поражается атеросклерозом. Реже инфаркт возникает в области задней стенки левого желудочка и задних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в бассейне огибающей ветви левой венечной артерии. Когда атеросклеротической окклюзии подвергаются</p>	
--	--	--	--

		<p>основной ствол левой венечной артерии и обе его ветви, развивается обширный инфаркт миокарда. В правом желудочке и особенно в предсердиях инфаркт развивается редко. Размеры инфаркта определяются степенью стенозирующего атеросклероза венечных артерий, возможностью коллатерального кровообращения и уровнем закрытия (тромбоз, эмболия) артериального ствола; они зависят также от функционального состояния (отягощения) миокарда. Инфаркт миокарда может захватывать различные отделы сердечной мышцы: субэндокардиальные –</p>	
--	--	---	--

		<p>субэндокардиальный инфаркт, субэпикардальные – субэпикардальный инфаркт, его среднюю часть – интрамуральный инфаркт или всю толщу сердечной мышцы – трансмуральный инфаркт. При вовлечении в некротический процесс эндокарда (субэндокардиальный и трансмуральный инфаркты) в ткани его развивается реактивное воспаление, на эндотелии появляются тромботические наложения. При субэпикардальном и трансмуральном инфарктах нередко наблюдается реактивное воспаление наружной оболочки сердца – фибринозный</p>	
--	--	--	--

		<p>перикардит. Руководствуясь распространенностью некротических изменений в сердечной мышце, различают мелкоочаговый, крупноочаговый и трансмуральный инфаркт миокарда. В своем течении инфаркт миокарда проходит две стадии – некротическую и стадию рубцевания. В некротической стадии при гистологическом исследовании область инфаркта представляет собой некротизированную ткань, в которой периваскулярно сохраняются «островки» неизмененного миокарда. Область некроза отграничена от сохранившегося миокарда зоной</p>	
--	--	---	--

		<p> полнокровия и лейкоцитарной инфильтрации (демаркационное воспаление). Эту стадию характеризуют не только некротические изменения в очаге инфаркта, но и глубокие дисциркуляторные и обменные нарушения вне этого очага. Они характеризуются фокусами неравномерного кровенаполнения, кровоизлияниями, исчезновением из кардиомиоцитов гликогена, появлением в них липидов, деструкцией митохондрий и саркоплазматической сети, некрозом единичных мышечных клеток. Сосудистые нарушения появляются </p>	
--	--	--	--

		<p>и за пределами сердца, например в головном мозге, где можно обнаружить неравномерное полнокровие, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния. Стадия рубцевания (организации) инфаркта начинается, по существу, тогда, когда на смену лейкоцитам приходят макрофаги и молодые клетки фибробластического ряда. Макрофаги принимают участие в резорбции некротических масс, в их цитоплазме появляются липиды, продукты тканевого детрита. Фибробласты, обладая высокой ферментативной активностью, участвуют</p>	<p>в</p>
--	--	--	----------

		<p>фибриллогенезе. Организация инфаркта происходит как из зоны демаркации, так и из «островков» сохранившейся ткани в зоне некроза. Этот процесс продолжается 7-8 нед, однако эти сроки подвержены колебаниям в зависимости от размеров инфаркта и реактивности организма больного. Новообразованная соединительная ткань вначале рыхлая, типа грануляционной, затем созревает в грубоволокнистую рубцовую, в которой вокруг сохранившихся сосудов видны островки гипертрофированных мышечных волокон. В полости перикарда в исходе фибринозного перикардита</p>	
--	--	---	--

		<p>появляются спайки. В них нередко образуются сосуды, анастомозирующие с внесердечными коллатеральями, что способствует улучшению кровоснабжения миокарда. Таким образом, при организации инфаркта на его месте образуется плотный рубец. В таких случаях говорят о пост инфаркт ном крупноочаговом кардиосклерозе. Сохранившийся миокард, особенно по периферии рубца, подвергается регенерационной гипертрофии. Осложнениями инфаркта являются кардиогенный шок, фибрилляция желудочков, асистолия, острая сердечная</p>	
--	--	---	--

		<p>недостаточность, миомаляция, острая аневризма и разрыв сердца, пристеночный тромбоз, перикардит.</p> <p>Миомаляция, или расплавление некротизированного миокарда, возникает в случаях преобладания процессов аутолиза мертвой ткани.</p> <p>Миомаляция ведет к разрыву сердца и кровоизлиянию в полость сердечной сорочки (гемоперикард и тампонада его полости).</p> <p>Острая аневризма сердца, т. е. вздутие некротизированной стенки, образуется при обширных инфарктах. Полость аневризмы обычно тромбируется, в ее стенке появляются надрывы эндокарда, кровь проникает в эти надрывы, отслаивает</p>	
--	--	--	--

		<p>эндокард и разрушает некротизированный миокард. Возникают разрыв сердца и гемоперикард.</p> <p>Пристеночные тромбы образуются при субэндокардиальном и трансмуральном инфарктах, с ними связана опасность тромбоэмболических осложнений.</p> <p>Перикардит, обычно фибринозный, нередко находят при субэпикардиальном и трансмуральном инфарктах.</p> <p>Смерть при инфаркте миокарда может быть связана как с самим инфарктом миокарда, так и с его осложнениями.</p> <p>Непосредственной причиной смерти в ранний период инфаркта становятся фибрилляция</p>	
--	--	---	--

		<p>желудочков, асистолия, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность. Смертельными осложнениями инфаркта миокарда в более поздний период являются разрыв сердца или его острой аневризмы с кровоизлиянием в полость перикарда, а также тромбоэмболии (например, сосудов головного мозга) из полостей сердца, когда источником тромбоэмболии становятся тромбы на эндокарде в области инфаркта, в острой аневризме, в ушках сердца.</p>	
3.	<p>Лобарная (крупозная пневмония). Этиология, патогенез, клинко-морфологические особенности, стадии развития, осложнения, исходы.</p>	<p>Крупозная пневмония – острое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором поражается</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл.</p>

		<p>одна или несколько долей легкого (долевая, лобарная пневмония), в альвеолах появляется фибринозный экссудат (фибринозная, или крупозная, пневмония), а на плевре – фибринозные наложения (плевропневмония). Все перечисленные названия болезни являются синонимами и отражают одну из особенностей заболевания.</p> <p>Крупозная пневмония – самостоятельное заболевание. Болеют преимущественно взрослые, редко – дети. Возбудителем болезни являются пневмококки I, II, III и IV типов; в редких случаях крупозная пневмония вызывается диплобациллой Фридендера. Острое</p>	<p>ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	---

		<p>начало крупозной пневмонии среди полного здоровья и при отсутствии контактов с больными, как и носительство пневмококков здоровыми людьми, позволяет связать ее развитие с аутоинфекцией.</p> <p>По существующим уже более 100 лет классическим представлениям, крупозная пневмония, которую следует рассматривать как паренхиматозную, в своем развитии проходит 4 стадии: прилива, красного опеченения, серого опеченения, разрешения. Все стадии занимают 9-11 дней.</p> <p>Стадия прилива продолжается сутки и характеризуется резкой</p>	
--	--	--	--

		<p>гиперемией и микробным отеком пораженной доли; в отечной жидкости находят большое число возбудителей. Отмечается повышение проницаемости капилляров, начало диапедеза эритроцитов в просвет альвеол. Легкое несколько уплотнено, резко полнокровно. Стадия красного опеченения возникает на 2-й день болезни. На фоне полнокровия и микробного отека усиливается диапедез эритроцитов, которые накапливаются в просвете альвеол. К ним примешиваются нейтрофилы, между клетками выпадают нити фибрина. В экссудате альвеол обнаруживается большое число</p>	
--	--	--	--

		<p>пневмококков, отмечается фагоцитоз их нейтрофилами. Лимфатические сосуды, расположенные в межуточной ткани легкого, расширены, переполнены лимфой. Ткань легкого становится темно-красной, приобретает плотность печени (красное опеченение легкого). Регионарные в отношении пораженной доли легкого лимфатические узлы увеличены, полнокровны. Стадия серого опеченения возникает на 4-6-й день болезни. В просвете альвеол накапливаются фибрин и нейтрофилы, которые вместе с макрофагами фагоцитируют распадающиеся пневмококки. Можно</p>	
--	--	--	--

		<p>видеть, как нити фибрина через межальвеолярные поры проникают из одной альвеолы в другую. Число эритроцитов, подвергающихся гемолизу, уменьшается, снижается и интенсивность гиперемии. Происходит фибринолитическое воздействие нейтрофилов на выпавший фибрин, которое, начавшись в стадии серого опеченения, в дальнейшем усиливается (рис. 183). Доля легкого в стадии серого опеченения увеличена, плотная, тяжелая, на плевре значительные фибриновые наложения (плевропневмония). На</p>	
--	--	--	--

		<p>разреze легкое серой окраски (см. рис. 183), с зернистой поверхности стекает мутная жидкость. Лимфатические узлы корня легкого увеличены, бело-розовые; при гистологическом их исследовании находят картину острого воспаления.</p> <p>Стадия разрешения наступает на 9- 11 -й день болезни. Фибринозный экссудат под влиянием протеолитических ферментов нейтрофилов и макрофагов подвергается расплавлению и рассасыванию.</p> <p>Происходит очищение легкого от фибрина и пневмококков: экссудат элиминируется по</p>	
--	--	---	--

		<p>лимфатическим дренажам легкого и с мокротой.</p> <p>Фбринозные наложения на плевре рассасываются. Стадия разрешения растягивается иногда на несколько дней после клинически безлихорадочного течения болезни.</p> <p>Различают легочные и внелегочные осложнения крупозной пневмонии.</p> <p>Легочные осложнения развиваются в связи с нарушением фибринолитической функции нейтрофилов. При недостаточности этой функции массы фибрина в альвеолах подвергаются организации, т. е. прорастают грануляционной тканью, которая, созревая, превращается</p>	
--	--	--	--

		<p>в зрелую волокнистую соединительную ткань. Этот процесс организации называется карнификацией (от лат. сагпо – мясо). Легкое превращается в безвоздушную плотную мясистую ткань. При чрезмерной активности нейтрофилов возможно развитие абсцесса и гангрены легкого. Присоединение гноя к фибринозному плевриту ведет к эмпиеме плевры. Внелегочные осложнения наблюдаются при генерализации инфекции. При лимфогенной генерализации возникают гнойные медиастинит и перикардит, при гематогенной –</p>	
--	--	--	--

		<p>перитонит, метастатические гнойники в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный или полипозно-язвенный эндокардит, чаще правого сердца, гнойный артрит и т. д. Смерть при крупозной пневмонии наступает от недостаточности сердца (особенно часто в пожилом возрасте, а также при хроническом алкоголизме) или от осложнений (абсцесс мозга, менингит и т. д.).</p>	
4.	<p>Рак толстой кишки. Эпидемиология, этиология, классификация, макро- и микроскопическая морфологическая характеристика, клинические проявления, прогноз.</p>	<p>Из злокачественных опухолей толстой кишки первое место занимает рак. Из всех раковых опухолей кишечника чаще всего бывает рак толстой кишки (98-99%).</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-</p>

		<p>Рак толстой кишки имеет тенденцию к учащению, смертность от него увеличивается. Из различных отделов толстой кишки рак чаще встречается в прямой кишке, реже в сигмовидной, слепой, печеночном и селезеночном углах поперечной ободочной кишки.</p> <p>Раку прямой кишки обычно предшествуют хронический язвенный колит, полипоз, ворсинчатая опухоль или хронические свищи прямой кишки (предраковые заболевания).</p> <p>В зависимости от характера роста различают экзофитные, эндофитные и</p>	<p>Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	---

		<p>переходные формы рака.</p> <p>К экзофитным ракам относят бляшковидный, полипозный и крупнобугристый, к эндофитным – язвенный и диффузно-инфильтративный, обычно суживающий просвет кишки, к переходным – блюдцеобразный рак.</p> <p>Среди гистологических типов рака кишечника выделяют аденокарциному, муцинозную аденокарциному, перстневидно-клеточный, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный, недифференцированны</p>	
--	--	---	--

		<p>неклассифицируемый рак. Экзофитные формы рака имеют обычно строение аденокарциномы, эндофитные формы – строение перстневидно-клеточного или недифференцированного рака.</p> <p>Отдельно выделяют раки заднепроходного канала: пласкоклеточный, клоакогенный, мукоэпидермальный, аденокарциному.</p> <p>Метастазирует рак прямой кишки в регионарные лимфатические узлы и печень.</p> <p>Клинические симптомы. Выделения крови из</p>	
--	--	---	--

		<p>заднего прохода. Выделения из прямой кишки гноя и слизи. Нарушения работы кишечника Кишечная непроходимость Боли в прямой кишке Нарушение общего состояния</p>	
5.	<p>Нефротический синдром. Классификация, патогенез, признаки, клиничко-морфологические варианты. Мембранозная нефропатия. Липоидный нефроз.</p>	<p>Нефротический синдром характеризуется высокой протеинурией, диспротеинемией, гипопроотеинемией, гиперлипидемией (гиперхолестеринемией) и отеками. Классификация. Различают первичный, или идиопатический, нефротический синдром, который</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL:</p>

		<p>является самостоятельным заболеванием, и вторичный нефротический синдром как выражение почечного заболевания, например гломерулонефрита, амилоидоза.</p> <p>Вторичные нефропатические синдромы.</p> <p><u>Амилоидоз почек</u> представляет собой одно из проявлений общего амилоидоза. Стромально-сосудистые белковые дистрофии) с яркой клинικο-морфологической и нозологической спецификой (нефропатический</p>	<p>https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	--

		<p>амилоидоз).</p> <p><u>Мембранозную нефропатию</u> называют также мембранозным гломерулонефритом, хотя воспаление, как таковое, в гломерулах отсутствует.</p> <p>Заболевание характеризуется хроническим течением, клинически проявляется нефротическим синдромом или только протеинурией, имеет типичную светооптическую и электронно-микроскопическую картину.</p> <p>Первичный нефротический синдром.</p>	
--	--	---	--

		<p>Этот синдром может быть представлен тремя заболеваниями: липоидным нефрозом (нефропатия с минимальными изменениями) , мембранозной нефропатией (мембранозный гломерулонефрит) и фокальным сегментарным склерозом (гиалиноз).</p> <p>Липоидный нефроз (нефропатия с минимальными изменениями) встречается как у детей, так и у взрослых.</p> <p><u>Этиология и патогенез.</u></p> <p>Причина, вызывающая развитие липоидного нефроза, неизвестна; не</p>	
--	--	---	--

		<p>исключено, что речь идет о дисплазии подоцитов. Патогенез липоидного нефроза не отличается от нефротического синдрома любой этиологии.</p> <p>Возникающие вторично в связи с изменениями гломерулярного фильтра дистрофия и некробиоз эпителия канальцев становятся ведущими и в значительной мере определяют все клинические проявления, характерные для нефротического синдрома.</p> <p>Для липоидного нефроза характерны так называемые минимальные</p>	
--	--	---	--

		<p>изменения гломерулярного филтра, которые выявляются только при электронно- микроскопическом исследовании и выражаются потерей подоцитами их малых отростков ("болезнь малых отростков подоцитов"). Базальная мембрана не изменена, реакция гломерулярных клеток отсутствует, иммунные комплексы в клубочках, как правило, не выявляются. В результате слияния подоцитов с мембраной под световым микроскопом она выглядит несколько утолщенной, отмечается</p>	
--	--	---	--

		<p>незначительное расширение мезангия. В связи с повреждением гломерулярного фильтра, повышением его проницаемости резко изменяются канальцы главных отделов нефрона. Они расширены, эпителий набухший, содержит гиалиновые капли, вакуоли, нейтральные жиры, холестерин (преобладает жировая дистрофия). Дистрофия, некробиоз, атрофия и десквамация эпителия канальцев сочетаются с его регенерацией. В просвете канальцев много гиалиновых, зернистых и восковидных</p>	
--	--	--	--

		<p>цилиндров. Строма отечна, лимфатические сосуды расширены. В интерстиции много липидов, особенно холестерина, липофагов, лимфоидных элементов. Почки при липоидном нефрозе резко увеличены, дряблые, капсула снимается легко, обнажая желтоватую гладкую поверхность. Кортикальный слой на разрезе широкий, желто-белый или бледно-серый, пирамиды серо-красные (большие белые почки).</p> <p>Липоидный нефроз при своевременном лечении стероидными гормонами протекает</p>	
--	--	--	--

		<p>достаточно благоприятно. Однако возможны эволюция минимальных изменений в фокальный сегментарный гломерулярный склероз (гиалиноз) и развитие на поздних стадиях болезни вторичного сморщивания почек.</p>	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
<p>ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.</p>	<p>3 - термины, используемые в курсе патологической анатомии, и основные методы патологоанатомического исследования;</p>

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>СИНОНИМЫ ТЕРМИНА "ПЕРВИЧНО-СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА"</p> <p>1) мелкобугристая 2) большая пестрая 3) атеросклеротический нфросклероз</p>	3) атеросклеротический нфросклероз	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704- 3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>РЕВМАТИЧЕСКИМ ПАНКАРДИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ</p> <p>1) эндокарда и миокарда</p>	4) эндокарда, перикарда и миокарда	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное</p>

	<p>2) эндокарда и перикарда 3) миокарда и перикарда 4) эндокарда, перикарда и миокарда</p>		<p>руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
	<p>Выберите несколько правильных ответов</p>		
1.	<p>ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ 1) остеосаркома 2) остеобластома 3) остеоид-остеома 4) паростальная остеосаркома</p>	<p>1) остеосаркома 4) паростальная остеосаркома</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные</p>

			<p>руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>СИНОНИМЫ ЭНДОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭКТРОПИОНА</p> <p>1) лейкоплакия 2) псевдоэрозия 3) эндоцервикоз 4) истинная эрозия</p>	<p>2) псевдоэрозия 3) эндоцервикоз</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>1. Печень получает кровь из</p> <p>2. От печени кровь оттекает в вены</p> <p>А. Аорты</p> <p>Б. Портальной вены</p> <p>В. Печеночные</p>	<p>1-АБ</p> <p>2-В</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Девушка 18 лет умерла во время	1) агрегация	Пальцев, М. А.

	<p>эпидемии гриппа на высоте интоксикации. При микроскопическом исследовании ткани головного мозга выявлены признаки стаза в капиллярах с формированием тромбов в сосудах микроциркуляторного русла.</p> <p>1) Каковы микроскопические признаки стаза в капиллярах?</p> <p>2) Назовите тромбы, образующиеся в сосудах микроциркуляторного русла.</p> <p>3) Укажите состав этих тромбов.</p> <p>4) Какие изменения имеются в окружающей нервной ткани?</p>	<p>эритроцитов в монетные столбики (Sludge-феномен)</p> <p>2) гиалиновые</p> <p>3) белковые преципитаты, обломки форменных элементов крови</p> <p>4) ишемия (отек)</p>	<p>Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>У женщины 23 лет диагностирован лимфогранулематоз на основании микроскопического исследования удалённого увеличенного лимфатического узла шеи. Выявлена I стадия заболевания.</p> <p>1. Назовите болезнь именем ученого, впервые ее описавшего.</p> <p>2. Дайте название врачебного вмешательства, использованного у этой больной.</p>	<p>1) болезнь Ходжкина</p> <p>2) биопсия лимфатического узла (инцизионная)</p> <p>3) с преобладанием лимфоидной ткани (локализованный)</p> <p>4) злокачественная лимфома</p> <p>5) клетки Рида –</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС</p>

	<p>3. Опишите I стадию болезни.</p> <p>4. Классифицируйте заболевание.</p> <p>5. Укажите ведущие диагностические критерии при прогрессировании лимфогранулематоза по данным микроскопического исследования.</p>	Березовского – Штернберга	"Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html
3.	<p>У больного, страдавшего в течение 15 лет гипертонической болезнью, в последнее время появились жалобы на быструю утомляемость, отеки лица. При обследовании выявлены протеинурия, значительное повышение уровня креатинина в сыворотке крови. Больной умер от хронической почечной недостаточности.</p> <p>1. Какая клинимо-морфологическая форма гипертонической болезни имеет место?</p> <p>2. Как называется процесс, развившийся в почках?</p> <p>3. Опишите макроскопический вид почек.</p> <p>4. Назовите наиболее характерные изменения артериол почек, выявленные при микроскопическом исследовании.</p>	<p>1) почечная;</p> <p>2) нефросклероз (первичный, артериолосклеротический)</p> <p>3) уменьшены, плотные, поверхность мелкозернистая</p> <p>4) склероз, гиалиноз</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
4.	На секции умершего 61 года в	1) абсцесс	Пауков, В. С.

	<p>правой доле печени найден очаг округлой формы, диаметром 4,5 см, содержащий густую, вязкую, зеленую жидкость. Стенка полости толщиной до 3 мм, белесоватого цвета, границы очага четкие. Внутренняя поверхность полости неровная, серо-красного цвета.</p> <p>1) Диагностируйте патологический процесс. 2) Дайте его определение. 3) Опишите структуру стенки. 4) Опишите состав содержимого полости.</p>	<p>2) очаговое гнойное воспаление 3) пиогенная мембрана, фиброзная ткань 4) полиморфноядерные лейкоциты, гнойные тельца, погибшие ткани, микробы, тканевая жидкость</p>	<p>Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
5.	<p>Больной 35 лет обратился с жалобами на появление безболезненного изъязвления на коже полового члена. При осмотре в области головки выявлена язва диаметром до 2 см. Дно язвы плотное, медно-красного цвета, блестящее, со скудным отделяемым. Края язвы валикообразные, резко уплотнены. Диагностирован сифилис.</p> <p>1. Дайте название этому периоду инфекционной болезни. 2. Назовите патологический процесс.</p>	<p>1) первичный сифилис 2) твердый шанкр 3) инфильтративно-продуктивное 4) первичный аффект, лимфангит, регионарный лимфаденит</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL:</p>

	<p>3. Уточните характер воспалительной реакции в очаге поражения.</p> <p>4. Дайте название компонентов патологических изменений, обнаруженных у больного в эту стадию заболевания.</p>		<p>https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Эндометрит острый и хронический. Этиология, клинико-морфологическая характеристика. Эндометриоз. Морфологическая характеристика, теории возникновения, клинические проявления, клиническое значение.</p>	<p><u>Эндометрит</u> может быть острым и хроническим.</p> <p>Острый эндометрит нередко возникает после родов или аборта и вызывается различными микроорганизмами (стафилококки, стрептококки, анаэробные бактерии, кишечная палочка). Слизистая оболочка покрывается гнойным или гнилостным</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>

		<p>налетом серо-красного цвета. При переходе воспалительного процесса на сосуды миометрия развиваются гнойный метрит и тромбофлебит.</p> <p>При хроническом эндометрите наблюдается картина хронического катара слизистой оболочки матки со слизисто-гнойным или гнойным отделяемым, иногда очень обильным (бели – fluor albus). Слизистая оболочка полнокровна, инфильтрирована разнообразными клетками, среди которых преобладают лимфоидные, плазматические клетки, нейтрофилы. Эпителий желез в состоянии</p>	
--	--	---	--

		<p>усиленной десквамации и пролиферации. При длительном течении эндометрита отмечаются атрофия желез, фиброз стромы слизистой оболочки, инфильтрация ее лимфоидными клетками – атрофический эндометрит. При сдавлении фиброзной тканью выводных протоков желез содержимое их сгущается, образуются кисты (кистозный эндометрит). Если слизистая оболочка в результате хронического воспаления подвергается гиперплазии, говорят о гипертрофическом</p>	
--	--	--	--

		<p>эндометрите, при этом дифференциальный диагноз его с железистой гиперплазией слизистой оболочки матки труден.</p> <p><u>Эндометриоз</u> — гормонозависимое заболевание, развивающееся на фоне нарушения иммунного гомеостаза, сущность которого заключается в разрастании ткани, сходной по своему строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки.</p> <p>При наличии в организме больной</p>	
--	--	--	--

		<p>нескольких очагов эндометриоза (внутреннего и наружного генитального, а также экстрагенитального) степень выраженности в них циклических превращений не всегда одинакова. Об этом свидетельствуют результаты сопоставления макроскопических и гистологических данных, полученных во время операций.</p>	
2.	<p>Вирусные инфекционные заболевания центральной нервной системы. Классификация, типичные клинические проявления. Морфологическая характеристика, клинические проявления. Полиомиелит. Заболевания центральной нервной системы, вызванные арбовирусами.</p>	<p>Существует несколько путей поражения центральной нервной системы (ЦНС) вирусами. Хотя о природе и репликации вирусов известно</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500</p>

		<p>много, корреляция между свойствами вирусов и типом неврологического поражения несоразмерная и неполная. Вирусы, значительно различающиеся между собой по морфологии, химическому составу и репликации, могут вызывать в ЦНС сходные патологические изменения и клинические симптомы</p> <p>При полиомиелите преимущественно поражаются двигательные нейроны передних рогов спинного мозга. Нередко наблюдаются также воспалительные изменения в</p>	<p>с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	--	--

		<p>двигательных ядрах черепно-мозговых нервов, стволе мозга, ядрах среднего мозга и передней центральной извилине коры. Мягкие мозговые оболочки отечны, полнокровны. Извилины мозга несколько уплощены. Вещество мозга, особенно спинного (в области поясничного, грудного, шейного утолщений) и продолговатого, — дряблое, студенистое, полнокровное, с диапедезными кровоизлияниями.</p> <p>Рисунок серого вещества стерт, на поверхности разреза оно западает, а белое — выбухает. В миндалинах,</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфатических узлах брыжейки, пейеровых бляшках — явления гиперплазии. Часты кровоизлияния в слизистой оболочке дыхательных путей, ателектазы в легких. В миокарде, печени, почках — полнокровие и дистрофические изменения.</p> <p>Гистологически с первых дней препаралитической и особенно паралитической стадии в мягких мозговых оболочках наблюдаются изменения типа серозного менингита. Значительно выражены полнокровие всех сосудов (артерий и вен), стазы,</p>	
--	--	--	--

		<p>кровоизлияния, отек и набухание волокнистых структур оболочек, сегментоядерная инфильтрация; лейкостазы. Вокруг сосудов небольшие скопления лимфоидных элементов, причем они наиболее выражены в мягких мозговых оболочках, вдоль передней борозды поясничного отдела спинного мозга, в оболочках ствола, межучного мозга и в области передней центральной извилины коры.</p> <p>Изменения в оболочках иногда значительно преобладают над поражением двигательных нейронов; в других</p>	
--	--	---	--

		<p>семействам тогавирусов, флавивирусов, буньявирусов, рабдовирусов, аренавирусов, реовирусов. Большинство арбовирусов — возбудители природноочаговых зоонозов, распространенных в определенных (эндемичных) регионах и ландшафтных зонах. Они имеют характерных (специфических) переносчиков, определяющих эколого — эпидемиологические особенности арбовирусных инфекций. Энцефалит</p>	
--	--	--	--

		<p>Патологическая анатомия.</p> <p>Макроскопически отмечают гиперемии сосудов мозга, набухание его ткани, мелкие кровоизлияния.</p> <p>Микроскопическая картина в значительной мере зависит от стадии и характера течения заболевания: при острых формах преобладают циркуляторные нарушения и воспалительная экссудативная реакция, часто возникают периваскулярные инфильтраты и нейрофагия. При затяжном течении болезни ведущими становятся пролиферативная</p>	
--	--	--	--

		<p>реакция глии, в том числе астроцитарной, и очаговая деструкция нервной системы (участки спонгиозного характера, скопления зернистых шаров). Хроническое течение энцефалита характеризуется фибриллярным глиозом, демиелинизацией, иногда атрофией определенных отделов мозга.</p> <p>Причина смерти. В ранние сроки болезни (на 2-3-й сутки) смерть может наступить от бульбарных расстройств. Причины смерти в поздние сроки заболевания разнообразны</p>	
--	--	--	--

		<p>Бешенство Бешенство (rabies, от лат. rabere — бесноватый), водобоязнь, гидрофобия (от греч. hydor — вода, phobos — боязнь) — острое инфекционное заболевание, которым болеют люди и животные (антропозооноз), характеризуется поражением центральной нервной системы.</p> <p>Этиология и патогенез. Возбудителем болезни является вирус бешенства из семейства рабдовирусов, патогенный для человека и большинства теплокровных животных. Заражение человека происходит при укусе больным</p>	
--	--	---	--

		<p>животным. Кожная рана считается входными воротами инфекции. Из раны вирус, обладающий нейротропностью, распространяется по периневральным пространствам, достигает нервных клеток головного и спинного мозга, внедряется в них и репродуцируется. Инкубационный период длится 30—40 дней. Продолжительность болезни —5—7 дней. В течение заболевания различают стадию предвестников, возбуждения и паралитическую. В момент начала заболевания в области укуса, который к этому времени заживает рубцом, нередко вспыхивает</p>	
--	--	--	--

		<p>экссудативное воспаление, а в периферических нервах той же области обнаруживаются воспалительные инфильтраты и распад миелиновых оболочек.</p> <p>Патологическая анатомия. Характерные для бешенства изменения выявляются главным образом в головном мозге, который становится отечным, полнокровным, иногда с мелкими кровоизлияниями в области продолговатого мозга. Характерные изменения, которые находят лишь при микроскопическом исследовании, касаются нервных клеток</p>	
--	--	--	--

		<p>стволовой части головного мозга, стенок III желудочка мозга и гиппокампа. В результате репродукций вируса бешенства в нервных клетках развиваются хроматолиз, гидропия, завершающиеся некрозом. Вокруг погибших нервных клеток, мелких сосудов обнаруживаются скопления микроглиальных и лимфоидных клеток, образующих узелки бешенства. Их особенно много в продолговатом мозге, области водопровода большого мозга (сильвиев водопровод), но они встречаются и в других отделах нервной системы. Иногда появляются мелкие</p>	
--	--	--	--

		<p>кровоизлияния.</p> <p>Описанные изменения в головном мозге соответствуют картине энцефалита.</p> <p>Аналогичные изменения встречаются и в спинном мозге, особенно шейном утолщении. В узлах вегетативной нервной системы также происходит гибель нервных клеток, вокруг них отмечается усиленная пролиферация сателлитов, клеток лимфоидного типа — образуются узелки бешенства. Особенно резко эти изменения выражены в тройничном (так называемом гассеровом) и верхних шейных симпатических</p>	
--	--	---	--

	<p>узлах.</p> <p>Большое диагностическое значение имеет обнаружение в нервных клетках гиппокампа, реже в других отделах головного мозга так называемых телец Бабеша — Негри, представленных эозинофильными округлыми образованиями (включениями) в цитоплазме.</p> <p>В слюнных железах при бешенстве встречаются круглоклеточные инфильтраты вокруг сосудов, в нервных узлах желез — узелки бешенства. В других органах наблюдаются дистрофические</p>	
--	---	--

		<p>изменения.</p> <p>Смерть при нелеченом бешенстве и без применения антирабической сыворотки наблюдается в 100% случаев. Больные, прошедшие курс антирабических прививок, остаются здоровыми. Однако возможно развитие прививочных осложнений:</p> <p>менингоэнцефалита, восходящего паралича Ландри, параличей отдельных нервов, психических расстройств.</p>	
3.	Изменения в ЦНС при старении, дегенеративных процессах и деменции. Первичные и вторичные деменции. Болезнь Альцгеймера. Этиология, патогенез,	Деменция (приобретенное слабоумие). является основным клиническим	Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э.

	<p>морфологическая характеристика, клинические проявления.</p>	<p>проявлением большинства дистрофических (дегенеративных) заболеваний головного мозга и представляет собой клинический симптомокомплекс (синдром). При малейшем подозрении на деменцию необходимо устанавливать форму и причину основного заболевания.</p> <p>В качестве нозологической формы деменция выступает в виде пресенильного и сенильного слабоумия. Условно в эту группу можно отнести и атеросклеротическое слабоумие, хотя формально нозологической</p>	<p>Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	--	--

		<p>единицей в этих случаях остается атеросклероз сосудов головного мозга.</p> <p>Этиология остальных дементных состояний разнообразна и включает в себя черепно-мозговую травму (ЧМТ), вирусные менингоэнцефалиты, прионовые болезни, хронические интоксикации и т.д.</p> <p>В то же время различные формы деменций имеют четкую морфологическую основу в виде прогрессирующей гибели нейронов различных слоев коры больших полушарий</p>	
--	--	---	--

		<p>головного мозга.</p> <p><u>Атеросклеротическая (сосудистая) деменция</u></p> <p>является проявлением генерализованного атеросклероза либо изолированного атеросклероза сосудов головного мозга. Среди всех деменций атеросклеротическая деменция занимает по частоте первое место. При этом обычно изменяется психика: появляется неуверенность в себе, склонность к ипохондрическому состоянию. При прогрессировании процесса снижается память, сужается круг интересов и развивается слабоумие.</p> <p>Второе место по</p>	
--	--	--	--

		<p>частоте в психиатрической клинике занимает <u>сенильное</u> <u>(старческое)</u> <u>слабоумие.</u> Атрофический процесс при этом заболевании носит диффузный характер и более значителен, чем при атеросклеротическом слабоумии, с выраженной заместительной наружно-внутренней гидроцефалией. После снятия с поверхности мозга мягкой мозговой оболочки истонченные извилины больших полушарий перелистываются подобно страницам книги. Микроскопически</p>	
--	--	---	--

		<p>заболевание характеризуется диффузным уменьшением количества нейронов коры, вследствие чего ширина коры с 3мм уменьшается до 1 мм.</p> <p>Группу <u>пресенильных деменций</u> составляют два заболевания – болезнь Альцгеймера</p> <p>Болезнью Альцгеймера считают пресенильное (предстарческое) слабоумие или деменцию (от лат. de – отрицание, mens, mentis – ум, разум). Однако ряд авторов рассматривает болезнь Альцгеймера более широко, включая в нее не только пресенильное, но и сенильное (старческое)</p>	
--	--	---	--

		<p>слабоумие, а также болезнь Пика. Предстарческая и старческая деменции, как и болезнь Пика, отличаются от других деменций, связанных с инфарктами мозга, гидроцефалией, энцефалитами, медленной вирусной инфекцией, болезнями накопления.</p> <p>Пресенильная деменция характеризуется прогрессирующим слабоумием у людей в возрасте 40-65 лет; если манифестация заболевания начинается после 65 лет, деменцию относят к старческой. О болезни Пика говорят в тех случаях, когда имеется тотальное</p>	
--	--	---	--

		<p>пресенильное слабоумие с распадом речи.</p> <p>Болезнь Альцгеймера протекает с выраженными интеллектуальными расстройствами и эмоциональной лабильностью, при этом очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.</p> <p>Клинические проявления заболевания связаны с прогрессирующей общей атрофией мозга, но особенно лобных, височных и затылочных областей.</p> <p>Этиология и патогенез.</p> <p>Причина и развитие заболевания недостаточно ясны.</p>	
--	--	---	--

		<p>Предполагали, что причиной заболевания является приобретенный дефицит ацетилхолина и его ферментов в структурах коры головного мозга. В последнее время показано, что клинические проявления болезни Альцгеймера связаны со старческим церебральным амилоидозом, который обнаруживают в 100% наблюдений. В связи с этим наметилась тенденция рассматривать болезнь Альцгеймера как одну из форм церебрального старческого амилоидоза. Отложения амилоида выявляются в</p>	
--	--	--	--

		<p>старческих бляшках, сосудах мозга и оболочек, а также в сосудистых сплетениях. На аутопсии находят атрофию коры головного мозга (истончение коры преобладает в лобных, височных и затылочных долях). В связи с атрофией мозга нередко развивается гидроцефалия.</p> <p>При микроскопическом исследовании в коре атрофичных долей мозга, гиппокампе и амигдалах находят старческие бляшки, нейрофибриллярные сплетения (клубки), повреждения нейронов, тельца Хирано. Сенильные бляшки и нейрофибриллярные</p>	
--	--	--	--

		<p>сплетения выявляют во всех отделах коры головного мозга, исключая двигательные и чувствительные зоны, нейрофибриллярные сплетения чаще находят также в базальном ядре Мейнерта, тельца Хирано выявляются в нейронах в гиппокампе. Старческие бляшки состоят из очагов отложения амилоида, окруженных попарно скрученными филаментами; по периферии бляшек часто находят клетки микроглии, иногда астроциты. Нейрофибриллярные сплетения представлены спиралевидными</p>	
--	--	--	--

		<p>попарно скрученными филаментами, выявляемыми методами импрегнации серебром.</p> <p>Причина смерти при болезни Альцгеймера – респираторные инфекции, бронхопневмония.</p>	
4.	<p>Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический обструктивный бронхит. Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Осложнения. Причины смерти.</p>	<p>Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — самостоятельное заболевание, для которого характерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях. Ограничение воздушного потока, как правило, имеет неуклонно прогрессирующий</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>

		<p>характер и спровоцировано аномальной воспалительной реакцией ткани <u>лёгких</u> на раздражение различными патогенными частицами и газами.</p> <p>Патологический процесс начинается в <u>слизистой бронхов</u> : в ответ на воздействие внешних патогенных факторов происходит изменение функции секреторного аппарата (<u>гиперсекреция</u> слизи, изменения бронхиального секрета), присоединяется <u>инфекция</u>, развивается каскад реакций,</p>	
--	--	--	--

		<p>приводящих к повреждению <u>бронхов</u>, <u>бронхиол</u> и прилегающих <u>альвеол</u>. Нарушение соотношения <u>протеолитических ферментов</u> и <u>антипротеаз</u>, дефекты <u>антиоксидантной защиты</u> легких усугубляют повреждение.</p> <p><i>Хронический бронхит</i> - хроническое воспаление бронхов, возникающее в результате затянувшегося острого бронхита (например, после перенесенной кори или гриппа) или же</p>	
--	--	--	--

		<p>длительного воздействия на слизистую оболочку бронхов биологических, физических и химических факторов (возбудители инфекции, курение, охлаждение дыхательных путей, запыление и т.д.).</p> <p>Хронический бронхит инфекционной природы может вначале иметь локальный характер. Он развивается чаще в бронхах II, VI, VIII, IX и X сегментов, т.е. там, где чаще всего возникают очаги пневмонии и имеются неблагоприятные предпосылки для рассасывания</p>	
--	--	---	--

		<p>экссудата. Локальные формы хронического бронхита становятся источником развития <i>хронического диффузного бронхита</i>, когда поражается все бронхиальное дерево. При этом стенка бронхов становится утолщенной, окружается прослойками соединительной ткани, иногда отмечается выраженная в При длительном течении бронхита могут возникать мешковидные или цилиндрические <i>бронхоэктазы</i>.</p> <p>Микроскопические изменения в бронхах</p>	
--	--	--	--

		<p>при хроническом бронхите разнообразны. В одних случаях преобладают явления <i>хронического слизистого</i> или <i>гнойного катара</i> с нарастающей атрофией слизистой оболочки, кистозным превращением желез, метаплазией покровного призматического эпителия в многослойный плоский, увеличением числа бокаловидных клеток; в других - в стенке бронха и особенно в слизистой оболочке резко выражены клеточная воспалительная инфильтрация и разрастания</p>	
--	--	---	--

		<p>грануляционной ткани, которая выбухает в просвет бронха в виде полипа - <i>полипозный хронический бронхит</i>. При созревании грануляционной и разрастании в стенке бронха соединительной ткани мышечный слой атрофируется и бронх подвергается деформации - <i>деформирующий хронический бронхит</i>.</p> <p>При хроническом бронхите нарушается дренажная функция бронхов, что ведет к задержке их содержимого в нижележащих отделах,</p>	
--	--	--	--

		<p>закрытию просвета мелких бронхов и бронхиол и развитию бронхолегочных осложнений, таких как телектаз (активное спадение респираторного отдела легких вследствие обтурации или компрессии бронхов), обструктивная эмфизема, хроническая пневмония, пневмофиброз.</p>	
5.	<p>Болезни кишечника. Энтерит острый и хронический. Этиология, патогенез, Морфология, осложнения. Колит острый и хронический. Этиология, патогенез, морфология, осложнения. Неспецифический язвенный колит.</p>	<p>Энтерит, или воспаление тонкого кишечника: по локализации различают воспаление двенадцатиперстной кишки (дуоденит),</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500</p>

		<p>тощей кишки (еюнит) и подвздошной (илеит). Энтерит может быть хроническим и острым. Острый энтерит гистологически может быть катаральным, фибринозным, гнойным и некротически-язвенным. При катаральном энтерите слизистая оболочка полнокровна, отечна, покрыта серозным, серозно-слизистым или серозно-гнойным экссудатом. Воспалительный процесс охватывает и подслизистый слой. Эпителий подвергается дистрофии и десквамации, бокаловидные клетки гиперплазированные, отмечаются мелкие</p>	<p>с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	---	--

		<p>эрозии и кровоизлияния. При фиброзном энтерите слизистая оболочка некротизирована и пронизана фибринозным экссудатом, на поверхности серые или серо-коричневые наложения. В зависимости от глубины некроза воспаление может быть крупозным и дифтеритическим, при отторжении последнего образуются глубокие язвы. При гнойном энтерите стенки кишки пропитываются гноем или образуются гнойнички. При некротическо-язвенном энтерите деструктивные</p>	
--	--	---	--

		<p>процессы протекают в групповых и солитарных лимфатических фолликулах кишки или в слизистой оболочке вне связи с лимфатическим аппаратом. При любом виде процесса развиваются гиперплазия и ретикуломакрофагальная трансформация лимфатического аппарата кишки. При хроническом энтерите различают две формы – без атрофии слизистой оболочки и атрофический энтерит. Для энтерита без атрофии слизистой оболочки характерны неравномерная толщина ворсинок и</p>	
--	--	---	--

		<p>появление булавовидных утолщений их дистальных отделов. Цитоплазма энтероцитов ворсинок вакуолизована. Между энтероцитами апикальных отделов близлежащих ворсинок появляются спайки, строма ворсинок инфильтрирована плазматическими клетками, лимфоцитами и эозинофилами. Клеточный инфильтрат спускается с крипты, которая, может быть, кистозно расширена. Инфильтрат раздвигает крипты и доходит до мышечного слоя слизистой оболочки.</p> <p>При атрофии ворсинки</p>	
--	--	---	--

		<p>укорачиваются, срастаются и деформируются – в них происходит коллапс аргирофильных волокон. Энтероциты вакуолизированы. Появляется большое количество бокаловидных клеток. Крипты атрофированы или кистозно расширены, а также инфильтрированы лимфогистиоцитарным и элементами и замещены разрастаниями коллагеновых и мышечных волокон. Если атрофические процессы протекают только в ворсинках, то это гиперрегенераторный вариант атрофии, а</p>	
--	--	---	--

		<p>если атрофичны и ворсинки, и крипты, то имеет место гипорегенеративный вариант атрофии.</p> <p>Колит – это воспаление толстого отдела кишечника. При поражении преимущественно слепого отдела говорят о тифлите, поперечно-ободочного отдела – о трансверзите, сигмовидного – о сигмоидите и прямой кишки – о проктите. Воспаление всей толстой кишки называется панколит. Воспаление может быть хроническим и острым.</p> <p>Острый колит имеет 7 форм. Катаральный</p>	
--	--	---	--

		<p>колит проявляется гиперемией и отеком слизистой оболочки, а на ее поверхности имеется серозный, слизистый или гнойный экссудат.</p> <p>Воспалительный инфильтрат пропитывает весь слизистый и подслизистый слои, и визуализируются кровоизлияния.</p> <p>Дистрофия и некробиоз эпителия сочетаются с десквамацией поверхностного эпителия и гиперсекрецией желез.</p> <p>Фибринозный колит в зависимости от глубины некроза слизистой оболочки и проникновения фибринозного</p>	
--	--	--	--

		<p>экссудата может быть крупозным и дифтеритическим. Гнойный колит характеризуется флегмонозным воспалением. При геморрагическом колите в стенке кишки возникают множественные кровоизлияния, и она пропитывается кровью. При некротическом колите некрозу подвергается не только слизистый, но и подслизистый слой. Гангренозный колит является вариантом некротического. При язвенном колите в слизистом слое кишки образуются язвы, и, как исход, происходят дистрофические или</p>	
--	--	--	--

		<p>некротические изменения стенки кишки. Хронический колит бывает без атрофии слизистой оболочки и атрофический. При хроническом колите без атрофии слизистой оболочки последняя отечна, тускла, зерниста, серо-красная или красная, с наличием множественных кровоизлияний и эрозий.</p> <p>Призматический эпителий подвергается десквамации и утолщению. Число бокаловидных клеток в криптах увеличивается, а крипты укорочены, с расширенным просветом. Слизистая</p>	
--	--	--	--

		<p>оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, эозинофилами, с наличием кровоизлияний. Степень инфильтрации может быть от умеренной до выраженной диффузной. При хроническом атрофическом колите призматический эпителий утолщается, число крипт уменьшается, а гладкомышечные элементы гиперплазированы. В слизистой оболочке преобладают гистиолимфоцитарная инфильтрация и</p>	
--	--	--	--

		<p>разрастание соединительной ткани.</p> <p>Неспецифический язвенный колит – это хроническое рецидивирующее заболевание, которое проявляется воспалением толстой кишки с нагноением, изъязвлением, геморрагиями и исходом в склеротическую деформацию стенки. Это заболевание аллергической природы, характеризующееся аутоиммунной агрессией.</p> <p>Локализуется в прямой, сигмовидной или поперечно-ободочной кишке. Иногда патологический</p>	
--	--	---	--

		<p>процесс локализуется по всей толстой кишке. Морфологически выделяют острую и хроническую формы неспецифического язвенного колита. При острой форме стенка кишки отечна, гиперемирована, с наличием множественных эрозий и поверхностными язвами неправильной формы. Иногда язвы могут глубоко проникать в мышечный слой. На дне язвы и в зоне некроза видны сосуды с фибриноидным некрозом и аррозией стенок. Иногда язва перфорирует, и возникает кишечное кровотечение.</p>	
--	--	--	--

		<p>Отдельные язвы гранулируют и образуют грануломатозные псевдополипы. Слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками и эозинофилами. При хронической форме отмечается резкая деформация кишки – она становится короче, утолщается и уплотняется. Просвет кишки сужается. Превалируют репаративно- склеротические процессы. Язвы гранулируются и рубцуются, эпителизируются неполностью.</p>	
--	--	--	--

		<p>Образуются псевдополипы. В сосудах отмечается продуктивный эндovasкулит, стенки склерозируются.</p> <p>Воспаление носит продуктивный характер и проявляется в виде инфильтрации стенки кишки лимфоцитами, гистиоцитами, плазматическими клетками.</p>	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	4 - характерные изменения внутренних органов при важнейших заболеваниях человека;

--	--

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ОБЪЕМ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ ПРИ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЕ</p> <p>1) увеличен 2) не изменен 3) уменьшен</p>	1) увеличен	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
2.			

Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА</p> <p>1) фибриноидный некроз стенок сосудов 2) ампутированные невномы 3) склероз стенок сосудов 4) очаг некроза в дне 5) кровоизлияния</p>	<p>1) фибриноидный некроз стенок сосудов 4) очаг некроза в дне</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
2.	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК ПРИАМИЛОИДОЗЕ</p> <p>1) белый цвет 2) уменьшены 3) слегка увеличены 4) гладкая поверхность 5) ломкая консистенция 6) резко растянутые чашечки и лоханки</p>	<p>1) белый цвет 4) гладкая поверхность 5) ломкая консистенция</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный //</p>

			ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. При центриацинозной эмфиземе легких поражаются</p> <p>2. При панаинозной эмфиземе л А. Центральная часть ацинуса</p> <p>Б. Поражение передненижних отделов легких</p> <p>В. Патогенетическая связь с недостаточностью альфа 1-антитрипсина</p> <p>Г. Расширение всего ацинуса</p> <p>Д. Проксимальная часть ацинуса легких поражаются</p>	<p>1- АД</p> <p>2-БВГ</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>У юноши 18 лет со стойкой инвалидностью после перенесённого в раннем детстве полиомиелита имеется нарушение функции опорно-двигательного аппарата. Неоднократно подвергался пластическим, ортопедическим операциям.</p> <p>1. Назовите типичную локализацию патологического процесса.</p> <p>2. Дайте микроскопическое описание процесса в ЦНС в стадии остаточных изменений.</p> <p>3. Назовите патологический процесс в скелетной мускулатуре, развившийся у больного.</p>	<p>1) серое вещество спинного мозга, двигательные нейроны</p> <p>2) глиальные рубчики, мелкие кисты</p> <p>3) атрофия (нейротическая)</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
2.	<p>При микроскопическом исследовании клапанов сердца умершего от ревматизма большого обнаружена метахромазия соединительной ткани створок митрального клапана.</p> <p>1) Назовите патологический процесс.</p> <p>2) Объясните феномен метахромазии.</p>	<p>1) мукоидное набухание</p> <p>2) извращение свойств красителя</p> <p>3) толудиновый синий (альциановый синий)</p> <p>4) обратимая дистрофия</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва:</p>

	<p>3) Укажите краситель, используемый для выявления данной патологии.</p> <p>4) Оцените обратимость процесса.</p> <p>5) Опишите возможные исходы поражения.</p>	<p>5) восстановление структуры, фибриноидное набухание, некроз, склероз, гиалиноз.</p>	<p>ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
3.	<p>При ангиографии сосудов головного мозга у больного с острым нарушением мозгового кровообращения обнаружен обтурирующий тромбоз внутренней сонной артерии слева.</p> <p>1) Какой патологический процесс развился в головном мозге?</p> <p>2) Как называется этот процесс с учетом причины его возникновения?</p> <p>3) Укажите наиболее частую морфологическую разновидность изменений нервной ткани.</p> <p>4) Опишите динамику процесса при благоприятном исходе.</p>	<p>1) некроз 2) инфаркт 3) белый 4) лизис, формирование кисты</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

			9785970461396.htm 1
4.	<p>Мужчину 70 лет, страдающего хронической сердечной декомпенсацией, беспокоили боли в левой нижней конечности. Внезапно на фоне отека нижних конечностей кожа левой стопы приобрела темно-бурую окраску, местами отслоилась от подлежащих тканей, обнажив тусклый грязно-серый мышечный массив.</p> <p>1) Опишите патологический процесс в конечности. 2) Какова клинико-морфологическая разновидность этого процесса? 3) Уточните этиологическую разновидность процесса. 4) Установите наиболее частую причину заболевания. 5) Опишите варианты неблагоприятного исхода.</p>	<p>1) некроз 2) влажная гангрена 3) сосудистый некроз 4) флеботромбоз 5) восходящая гангрена, сепсис</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
5.	<p>В яичнике девочки 14 лет обнаружен узел опухоли, размерами 5 × 4 см, с бугристой поверхностью, плотный, на разрезе слоистый с желтоватыми, розоватыми прослойками. При гистологическом исследовании удаленной опухоли обнаружены</p>	<p>1) тератома 2) доброкачественная 3) крестцово-копчиковая область, средостение, яичко</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и</p>

	<p>различные ткани: тяжи эпителиальных клеток железистого типа, жировая ткань, островки зрелого гиалинового хряща, рыхлая соединительная ткань.</p> <p>1) Назовите вид опухоли.</p> <p>2) Определите степень злокачественности опухоли.</p> <p>3) Укажите возможную локализацию такой опухоли.</p>		<p>доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Этиология и патогенез инсулиннезависимого сахарного диабета. Морфологическая характеристика. Осложнения. Патогенез, клинико-морфологическая характеристика, прогноз. Причины смерти.</p>	<p>Характеризуется нечувствительностью клеток-мишеней к инсулину, что приводит к неадекватной секреции инсулина, изменениям сосудов (диабетическая ангиопатия) и нейропатии (диабетическая</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст:</p>

		<p>нейропатия)</p> <p>Различают два основных типа сахарного диабета: инсулинзависимый и инсулиннезависимый.</p> <p><i>Инсулинзависимый сахарный диабет</i> (ювенильный, тип I) составляет около 20 % случаев сахарного диабета. Он часто начинается в возрасте 15 лет и характеризуется внезапным началом, похуданием, необходимостью инъекций инсулина для предотвращения кетоацидоза, трудностями в поддержании нормального уровня глюкозы в крови, более тесной, чем у сахарного диабета II типа, связью</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	---

		<p>с антигенами гистосовместимости. Начало заболевания может быть спровоцировано вирусными инфекциями. В результате аутоиммунизации появляются антитела к бета-клеткам поджелудочной железы.</p> <p><i>Инсулиннезависимый сахарный диабет</i> (сахарный диабет взрослых, тип II) составляет 80 % случаев сахарного диабета. Больные нуждаются в лечении инсулином для компенсации симптомов заболевания, но не по жизненным показаниям. При этом типе сахарного диабета основной</p>	
--	--	--	--

		<p>проблемой является доставка эндогенного инсулина или резистентность к нему, но не его синтез.</p> <p>Классическими симптомами сахарного диабета являются полиурия, полидипсия и полифагия с парадоксальным снижением массы тела. При утрате контроля за уровнем глюкозы в крови может развиваться кетоацидоз.</p> <p>Основными висцеральными проявлениями сахарного диабета являются периферическая и автономная нейропатия (снижение чувствительности,</p>	
--	--	--	--

		<p>импотенция, постуральная гипотензия, запор и диарея) и сосудистые изменения (диабетическая макро- и мик-роангиопатия). Диабетическая микроангиопатия проявляется поражением (плазморея, гиалиноз) мелких артерий и капилляров мышц, кожи, сетчатки (ретинопатия), почек (гломерулонефрит, гломерулосклероз) и других органов. В панкреатических островках обнаруживаются гиалиноз, фиброз и лимфоидная инфильтрация микрососудов. Макроангиопатия представлена</p>	
--	--	---	--

		<p>атеросклерозом с поражением венечных, мозговых, почечных артерий и артерий нижних конечностей.</p> <p>Осложнения сахарного диабета чаще представлены инфекционными заболеваниями и воспалительными процессами (туберкулез, кандидоз, пневмония, пиелонефрит и др.).</p>	
2.	<p>Рак толстой кишки. Эпидемиология, этиология, классификация, макро- и микроскопическая морфологическая характеристика, клинические проявления, прогноз.</p>	<p>Из злокачественных опухолей толстой кишки первое место занимает рак. Из всех раковых опухолей кишечника чаще всего бывает рак толстой кишки (98-99%).</p> <p>Рак толстой кишки имеет тенденцию к</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст:</p>

		<p>учащению, смертность от него увеличивается. Из различных отделов толстой кишки рак чаще встречается в прямой кишке, реже в сигмовидной, слепой, печеночном и селезеночном углах поперечной ободочной кишки.</p> <p>Раку прямой кишки обычно предшествуют хронический язвенный колит, полипоз, ворсинчатая опухоль или хронические свищи прямой кишки (предраковые заболевания).</p> <p>В зависимости от характера роста различают экзофитные, эндофитные и переходные формы</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	---

		<p>рака.</p> <p>К экзофитным ракам относят бляшковидный, полипозный и крупнобугристый, к эндофитным – язвенный и диффузно-инфильтративный, обычно суживающий просвет кишки, к переходным – блюдцеобразный рак.</p> <p>Среди гистологических типов рака кишечника выделяют аденокарциному, муцинозную аденокарциному, перстневидно-клеточный, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный, недифференцированный, неклассифицируемый</p>	
--	--	---	--

		<p>рак. Экзофитные формы рака имеют обычно строение аденокарциномы, эндофитные формы – строение перстневидно-клеточного или недифференцированного рака.</p> <p>Отдельно выделяют раки заднепроходного канала: плоскоклеточный, клоакогенный, мукоэпидермальный, аденокарциному.</p> <p>Метастазирует рак прямой кишки в регионарные лимфатические узлы и печень.</p> <p>Клинические симптомы. Выделения крови из заднего прохода.</p>	
--	--	---	--

		<p>Выделения из прямой кишки гноя и слизи. Нарушения работы кишечника Кишечная непроходимость Боли в прямой кишке Нарушение общего состояния</p>	
3.	<p>Пиелонефрит и инфекции мочевыводящих путей. Определение, классификация. Этиологические и предрасполагающие факторы, пути распространения инфекции в почках. Острый пиелонефрит. Определение, этиология, предрасполагающие заболевания и патогенез, морфологическая характеристика, осложнения.</p>	<p>Пиелонефрит – инфекционное заболевание, при котором в процесс вовлекаются почечная лоханка, ее чашечки и вещество почек с преимущественным поражением межпочечной ткани. В связи с этим пиелонефрит является интерстициальным (межпочечным) нефритом. Он может быть одно- и</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

		<p>двусторонним. На основании клинико-морфологических данных различают острый и хронический пиелонефрит, который имеет обычно рецидивирующее течение в виде атак острого пиелонефрита.</p> <p><u>Этиология</u> Пиелонефрит – инфекционное заболевание. Возбудителями его могут быть различные инфекции (кишечная палочка, энтерококк, стрептококк, стафилококк, протей и др.), однако в большинстве случаев – кишечная палочка. Чаще микробы заносятся в почки восходящим путем из</p>	<p>9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	---------------------------------

		<p>мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала (урогенный восходящий пиелонефрит). Урогенному восхождению инфекции способствуют дискинезия мочеточников и лоханки, повышение внутрилоханочного давления (везикоренальный и пиелоренальный рефлюксы), а также обратное всасывание содержимого лоханок в вены мозгового вещества почек (пиеловенозный рефлюкс).</p> <p>Восходящий пиелонефрит нередко</p>	
--	--	---	--

		<p>осложняет те заболевания мочеполовой системы, при которых затруднен отток мочи (камни и стриктуры мочеточников, стриктуры мочеиспускательного канала, опухоли мочеполовой системы), поэтому он часто развивается и во время беременности. Инфекционные агенты могут проникать в почку, в том числе и лоханку, с током крови (гематогенный нисходящий пиелонефрит). Такой путь возникновения пиелонефрита наблюдается при многих инфекционных заболеваниях</p>	
--	--	--	--

		<p>(брюшной тиф, грипп, ангина, сепсис). Возможен и лимфогенный занос инфекции в почки (лимфогенный пиелонефрит), источником инфекции в этих случаях являются толстая кишка и половые органы.</p> <p>Для развития пиелонефрита недостаточно лишь проникновения инфекции в почки. Его возникновение определяется реактивностью организма и рядом местных причин, обуславливающих нарушение оттока мочи и мочевого стаз. Этими же причинами</p>	
--	--	---	--

		<p>объясняется возможность рецидивирующего хронического течения болезни.</p> <p>Изменения при остром и хроническом пиелонефрите различны.</p> <p>При остром пиелонефрите в разгар заболевания обнаруживаются полнокровие и лейкоцитарная инфильтрация лоханки и чашечек, очаги некроза слизистой оболочки, картина фибринозного пиелита. Межуточная ткань всех слоев почки отекает, инфильтрирована лейкоцитами; нередко множественные милиарные абсцессы,</p>	
--	--	---	--

		<p>кровоизлияния.</p> <p>Канальцы в состоянии дистрофии, просветы их забиты цилиндрами из слущенного эпителия и лейкоцитов. Процесс имеет очаговый или диффузный характер.</p> <p>Почка (почки) увеличена, ткань набухшая, полнокровная, капсула легко снимается. Полости лоханок и чашечек расширены, заполнены мутной мочой или гноем, их слизистая оболочка тусклая, с очагами кровоизлияний. На разрезе почечная ткань пестрая, желто-серые участки окружены зоной полнокровия и геморрагий,</p>	
--	--	--	--

		<p>встречаются абсцессы.</p> <p>Осложнения. При остром пиелонефрите прогрессирование гнойного процесса ведет к слиянию крупных абсцессов и образованию карбункула почки, сообщению гнойных полостей с лоханкой (пионефроз), переходу процесса на фиброзную капсулу (перинефрит) и окологочечную клетчатку (паранефрит). Острый пиелонефрит может осложниться некрозом сосочков пирамид (папиллонефроз), развивающимся в результате токсического действия бактерий в условиях мочевого стаза. Это</p>	
--	--	---	--

		<p>осложнение пиелонефрита встречается чаще у больных диабетом.</p> <p>Исход.</p> <p>При остром пиелонефрите исходом обычно является выздоровление.</p> <p>Тяжелые его осложнения (пионефроз, сепсис, папиллонекроз) могут быть причиной смерти.</p>	
4.	<p>Болезни коркового вещества надпочечников. Гиперфункция коркового вещества надпочечников (гиперадренализм): синдром Кушинга, гиперальдостеронизм, адреногенитальные синдромы. Причины, патогенез, морфологическая характеристика надпочечников, клинические проявления, прогноз, принципы лечения.</p>	<p>Вирилизм — (лат. virilis — мужской, свойственный мужчине) — развитие мужских вторичных половых признаков, применительно к обоим полам. Мужские вторичные половые</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст:</p>

		<p>признаки: понижение и огрубление голоса, рост волос на лице и теле по мужскому типу</p> <p>Корковое вещество и мозговое вещество надпочечников имеют разное происхождение и продуцируют разные гормоны.</p> <p>Корковое вещество надпочечников происходит из мезодермальных клеток и имеет три зоны, в которых вырабатываются стероидные гормоны. Внешняя зона (zona glomeruloza) продуцирует минералокортикоиды (альдостерон), промежуточная зона (zona fasciculata) —</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	---

		<p>глюкокортикоиды (кортизол), внутренняя зона (zona reticularis) — андрогены и прогестины.</p> <p>Мозговое вещество, которое окружено корковым веществом, происходит из эктодермальных клеток нервного гребня. Хромаффинные клетки мозгового вещества продуцируют эпинефрин и другие катехоламины. Клетки, подобные хромаффинным, встречаются и в других местах, например в параганглиях.</p> <p>Болезни с преимущественным поражением коркового вещества надпочечников.</p>	
--	--	---	--

		<p><i>Гиперкортизолизм (синдром Кушинга)</i> в зависимости от механизма развития делят на две группы: АКТГ-зависимый и АКТГ-независимый.</p> <p>АКТГ-зависимый синдром Кушинга развивается при введении больших доз АКТГ или его синтетического аналога (ятро-генные причины) в связи с гиперсекрецией АКТГ гипофизом и развитием двусторонней гиперплазии коркового вещества надпочечников (чаще называют болезнью Кушинга), а также при развитии злокачественных и доброкачественных опухолей, секретори-</p>	
--	--	---	--

		<p>рующих АКТГ, вне эндокринной системы.</p> <p>Синдром Кушинга развивается также при введении больших доз кортикостероидов (ятрогенные причины) и развитии аденомы или аденокарциномы коркового вещества надпочечников.</p> <p>Характерны ведущие клинические проявления: ожирение по верхнему типу (лицо и туловище), появление стрий, развитие стероидного сахарного диабета, гипертензии, иммунологических изменений, сопровождающихся повышенной чувствительностью организма к инфекции, истончение кожи,</p>	
--	--	---	--

		<p>остеопороз. При АКТГ-зависимых причинах развития синдрома Кушинга наблюдается двусторонняя гиперплазия коркового вещества надпочечников с расширением zona reticularis. В 10 % случаев синдром Кушинга развивается в связи с аденомами коркового вещества надпочечников. Эти опухоли чаще (80 % случаев) встречаются у женщин. Карцинома вещества надпочечников также может быть причиной синдрома Кушинга (10% наблюдений у взрослых), чаще всего у детей.</p> <p>Злокачественность</p>	
--	--	---	--

		<p>опухолей надпочечников невозможно определить с помощью обычных критериев — митотическая активность и характер роста по отношению к окружающим тканям. Обычно карциномы ведут себя как доброкачественные опухоли, поэтому основным критерием злокачественности является наличие метастазов.</p> <p>При наличии функционирующей аденомы или карциномы контралатеральный надпочечник атрофируется. Вещества, подобные в функциональном и иммунологическом отношении, могут секретироваться и неэндокринными</p>	
--	--	---	--

		<p>опухолями, обычно мелкоклеточной карциномой легкого (до 60 % случаев). Большинство опухолей, вызывающих развитие эктопического АКТГ-синдрома, являются быстро растущими злокачественными опухолями.</p> <p><i>Гиперальдостеронизм (первичный альдостеронизм, синдром Конна)</i></p> <p>обусловлен повреждением надпочечника и развивается приблизительно в 1/3 случаев гиперфункции его коркового вещества (коры). Увеличение продукции альдостерона вызывает задержку натрия, увеличение</p>	
--	--	---	--

		<p>общего объема плазмы крови, повышение артериального давления и торможение секреции ренина.</p> <p>Большинство больных с первичным альдостеронизмом — женщины в возрасте 30—50 лет, страдающие гипертонией.</p> <p>При синдроме Конна чаще всего обнаруживается единичная доброкачественная аденома надпочечника. Опухоль окружена капсулой, золотисто-желтая на разрезе. Преобладают светлые клетки с липидными включениями, похожие на клетки zona fasciculata.</p>	
--	--	---	--

		<p>При <i>вторичном альдостеронизме</i> увеличение продукции альдостерона обусловлено экстраадреналовыми причинами, главным образом почечной гипертензией и отеками, и связано с гиперсекрецией ренина.</p> <p>Адреногенитальные синдромы.</p> <p><i>Врожденная гиперплазия надпочечников</i> развивается в результате гиперпродукции АКТГ и наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Сопровождается увеличением концентрации надпочечниковых</p>	
--	--	---	--

		<p>андрогенов, приводящим к вирилизации. Обычно признаки заболевания можно обнаружить при рождении ребенка. Наблюдается гиперплазия коркового вещества надпочечников, клетки его эозинофильны, с нежно-зернистой цитоплазмой. У взрослых надпочечниковый вирилизм может быть обусловлен гиперплазией, аденомой или карциномой надпочечников.</p>	
5.	<p>Нарушения пигментации. Невоклеточный невус (пигментный невус, родинка). Классификация, морфологические особенности.</p>	<p>Меланоциты располагаются в базальном слое эпидермиса. Их</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим</p>

	<p>Меланоцитарные опухоли. Меланомогенные факторы. Клинические проявления, локализация. Морфогенез, морфологическая характеристика, особенности роста, прогностические показатели.</p>	<p>количество колеблется в разных участках кожи. Меланоциты синтезируют меланин в специализированных органеллах — меланосомах, в этом процессе участвует тирозиназа. Данный фермент катализирует превращение тирозина в диоксифенилаланин (ДОФА), который в ходе других биохимических реакций превращается в меланин. По ним распространяются меланосомы, которые выделяют меланин во внеклеточное пространство. Там меланин захватывается кератиноцитами, где под действием лизосомных ферментов</p>	<p>занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704- 6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>
--	--	---	---

		<p>расщепляется.</p> <p>Витилиго. Это нарушение пигментации кожи, выражающееся в появлении депигментированных макул разных размеров и очертаний, имеющих молочно-белый цвет и окантовку в виде узкой зоны умеренной гиперпигментации.</p> <p>Витилиго встречается у представителей всех рас, но более всего оно выражено у людей с темной кожей. Для очагов витилиго характерна утрата меланоцитов. Это убедительно доказано с помощью электронной микроскопии. Таким образом, витилиго радикально отличается от другого диффузного пигментного заболевания — альбинизма, при</p>	
--	--	--	--

		<p>котором имеются меланоциты, но в связи с прекращением или нарушением синтеза тирозина в них не продуцируется меланин.</p> <p>Веснушки. Это наиболее распространенные пигментные изменения кожи в детском возрасте у людей европейской расы со светлой кожей. Веснушки представляют собой маленькие (1— 10 мм в диаметре) рыжие или светло-коричневые макулы. Меланоз — избыточное отложение меланина в коже, но более выраженное, чем в элементах веснушек. Обычно меланодермия представляет собой маскообразную зону гиперпигментации на лице, которая часто</p>	
--	--	---	--

		<p>возникает во время беременности. Речь идет о едва заметных макулах, появляющихся на щеках, висках и лбу с обеих сторон. Солнечный свет может усилить эту пигментацию, которая часто проходит спонтанно (особенно по окончании беременности).</p> <p>Лентиго. Эта гиперплазия меланоцитов, которая встречается в любом возрасте, но особенно часто в младенчестве и раннем детстве. Половой и расовой предрасположенности не выявлено, а причина и патогенез лентиго неясны. Заболевание может поражать как слизистые оболочки, так и кожу. Оно проявляется в виде</p>	
--	--	---	--

		<p>маленьких (5—10 мм в диаметре) овальных коричневых макул. В отличие от веснушек лентиго не темнеет при воздействии солнечного света.</p> <p>Невоклеточный невус (пигментный невус, родинка). Родинка представляет собой одну из наиболее разнообразных, динамичных и биологически значимых опухолей кожи. Название «невоклеточный невус» применяют по отношению к любой врожденной или приобретенной опухоли, состоящей из меланоцитов. Самый обычный (приобретенный) невоклеточный невус — это маленькая рыжевато-коричневая, однородно</p>	
--	--	--	--

		<p>пигментированная, плотная папула, имеющая, как правило, менее 6 мм в диаметре и хорошо очерченные закругленные границы. Существует большое количество клинических и гистологических типов невокнуточного невуса. Невокнуточный невус образуется из меланоцитов, которые превращаются из одиночных отростчатых клеток, рассеянных среди базальных кератиноцитов, в круглые или овальные клетки, растущие группами или гнездами вдоль стыка эпидермиса и дермы. Ядра невусных клеток имеют округлую форму, относительно мономорфны и содержат не очень</p>	
--	--	---	--

		<p>заметные ядрышки. Их митотическая активность незначительна.</p> <p>Поверхностная форма опухоли отражает раннюю стадию ее развития и называется пограничным невусом. Постепенно большинство пограничных невусов прорастает в подлежащую дерму в виде клеточных гнезд и тяжей (сложный невус). В более зрелых новообразованиях указанные гнезда могут быть уже полностью изолированы от эпидермиса. Это дермальный (интралермальный) невус. Сложные и дермальные невусы, как правило, возвышаются над поверхностью кожи в отличие от их</p>	
--	--	--	--

		<p>пограничных аналогов. Прогрессирующий рост невусных клеток из зоны дерматоэпидермального стыка в подлежащую дерму сопровождается процессом, который называют созреванием. Несмотря на ш полное созревание, те невусные клетки, которые находятся ближе к поверхности кожи, имеют более крупные размеры, тенденцию к продукции меланина и формированию гнезд.</p> <p>Меланоцитарные (пигментные) поражения кожи – это доброкачественные новообразования и злокачественные опухоли из меланоцитов эпидермиса и меланоцитов дермы. Меланоциты – клетки,</p>	
--	--	---	--

		<p>которые в эмбриогенезе происходят из неврального гребня и способны продуцировать в своих меланосомах пигмент меланин. В неизменной коже меланоциты содержатся в базальном слое эпидермиса в виде единичных клеток среди базальных эпидермоцитов</p> <p>Меланоцитарные опухоли кожи включают большую разновидность доброкачественных и злокачественных новообразований с отличительными клиническими, морфологическими и генетическими профилями. С клинической точки зрения,</p>	
--	--	---	--

		<p>злокачественные меланомы - наиболее важная группа раковых образований кожи. Хотя менее распространенные, чем базально- и сквамозно-клеточные опухоли кожи, они являются намного более фатальными вследствие присущей им тенденции к лимфатическому и гематогенному метастазированию.</p> <p>Злокачественная меланома. Это относительно широко распространенное заболевание, которое не так давно рассматривалось почти исключительно, как смертельное. У</p>	
--	--	--	--

		<p>подавляющего числа больных меланомы возникает в коже. При других локализациях этой опухоли поражаются слизистые оболочки: полости рта, половых органов, зоны заднего прохода и пищевода. Особенно часто эта опухоль развивается в сосудистой оболочке глаза. В отличие от окраски доброкачественного (недиспластического) невуса пигментация меланомой значительно варьирует и проявляется во всевозможных оттенках черного, коричневого, красного и серого цвета. Иногда бывают зоны гипопигментации</p>	
--	--	--	--

		<p>белого или телесного цвета. Границы меланомы нечеткие, а форма неокруглая, как при невоклеточном невусе. Они имеют вид неправильной, извитой и не везде четко определяемой линии. В основе трактовки строения злокачественной меланомы лежит концепция радиального и вертикального роста. Радиальный рост указывает на тенденцию опухолевых клеток к горизонтальному распространению (росту) в эпидермальных и поверхностных дермальных слоях. Такой рост нередко</p>	
--	--	--	--

		занимает длительный промежуток времени. В ходе его клетки меланомы еще не обнаруживают способности к метастазированию.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	1 - диагностировать причины, патогенез и морфогенез болезней, их проявления, осложнения и исходы, а также патоморфоз, а в случае смерти - причину смерти и механизм умирания (танатогенез);

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p style="text-align: center;">НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК</p> <p>1) первичный 2) старческий 3) вторичный 4) локальный</p>	3) вторичный	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>
2.	У МУЖЧИН УРЕТРИТ ЧАСТО	4) простатитом	Зайратьянц, О. В.

	СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1) циститом 2) проктитом 3) аднекситом 4) простатитом 5) парапроктитом 6) вульвовагинитом		Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА 1) атрофия канальцев 2) интерстициальный отек 3) интерстициальный фиброз	2) интерстициальный отек 4) фокальный некроз канальцев 5) лейкоцитарная инфильтрация	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.].

	4) фокальный некроз канальцев 5) лейкоцитарная инфильтрация		— Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	ОСНОВНЫЕ ТИПЫ КАМНЕЙ ПОЧЕК 1) ураты 2) фосфаты 3) оксалаты 4) цистиновые 5) пигментные 6) холестериновые	1) ураты 2) фосфаты 3) оксалаты 4) цистиновые	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.Состояние эндотелия при ревматическом диффузном эндокардите 2. Состояние эндотелия при остром	А. Поврежден Б. Не поврежден	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М.

	бородавчатом эндокардите	1-Б	Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	А. Поврежден Б. Не поврежден	2-А	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>У 57-летней женщины, на протяжении многих лет страдавшей хроническим бронхитом, при стационарном обследовании выявлена бронхоэктатическая болезнь.</p> <p>1. Опишите возможные микроскопические изменения стенки бронха.</p> <p>2. Объясните механизм формирования бронхоэктазов.</p> <p>3. Какие перенесенные</p>	<p>1) хронический гнойно-деструктивный панбронхит с метаплазией эпителия слизистой оболочки в многослойный плоский</p> <p>2) панбронхит с деструкцией эластических, мышечных и хрящевых структур стенки бронха, расширение</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная</p>

	инфекционные заболевания, в том числе и в детском возрасте, могут привести к бронхоэктатической болезни. 4. Объясните причину развития почечной недостаточности у больных бронхоэктатической болезнью.	просвета бронхов под воздействием кашлевых толчков на стенку бронха 3) грипп, корь 4) амилоидоз почек	система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	На аутопсии умершего 46 лет, рабочего типографии, в долевого бронхе обнаружено узловатое образование с признаками эндифитного роста. 1. Предположите характер выявленной патологии. 2. Назовите возможные гистологические варианты опухоли. 3. Где могут быть выявлены первые метастазы? 4. В каком органе будут обнаружены первые гематогенные метастазы?	1) рак легкого; 2) аденокарцинома, плоскоклеточный рак 3) регионарные лимфоузлы 4) печень	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
3.	У девушки 19 лет, оперированной по поводу митрального порока сердца, в биоптате ушка сердца обнаружены гранулемы, в центре которых располагаются очаги фибриноидного некроза, по периферии – скопления макрофагов.	1) ревматизм 2) цветущая гранулема 3) инфекционно-аллергическая (ревматическая) 4) диффузный мелкоочаговый	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск:

	<p>1. О каком заболевании идет речь?</p> <p>2. Назовите стадию развития гранулемы?</p> <p>3. Укажите этиологическую разновидность этой гранулемы.</p> <p>4. Назовите исходы процесса в миокарде.</p>	кардиосклероз	СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
4.	<p>Женщина 38 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на контактные кровотечения из влагалища. При кольпоскопии в слизистой оболочке задней губы шейки матки обнаружен участок белого цвета с неровной приподнятой поверхностью, легко кровоточащий при прикосновении.</p> <p>1. О каком заболевании можно думать?</p> <p>45</p> <p>2. Какой метод морфологического исследования поможет поставить правильный диагноз.</p> <p>3. Какой общепатологический процесс лежит в основе этой патологии?</p> <p>4. Оцените значение этой патологии для организма женщины.</p>	<p>1) лейкоплакия</p> <p>2) инцизионная биопсия</p> <p>3) роговая дистрофия</p> <p>4) предопухольный процесс</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
5.	<p>Больной 48 лет, страдавший висцеральным сифилисом, поступил</p>	1) гуммозный инфильтрат вокруг	Струков, А. И. Патологическая

	<p>в специализированное хирургическое отделение с диагнозом: «Сифилитическая аневризма грудного отдела аорты». Произведено оперативное лечение с иссечением аневризмы и наложением аллотрансплантата.</p> <p>1. Опишите макрокопические изменения в резецированном отделе аорты.</p> <p>2. Уточните характер воспалительной реакции.</p> <p>3. Объясните механизм развития аневризматического расширения аорты.</p> <p>4. Дайте характеристику макрокопических изменений аорты, приведите образное название процесса.</p>	<p>«vasa vasorum», деструкция эластических волокон</p> <p>2)продуктивно-некротическая</p> <p>3) замена эластического каркаса на коллагеновые волокна с нарушением прочности стенки</p> <p>4)белесоватая бугристая интима с рубцовыми втяжениями, вид «шагреновой кожи»</p>	<p>анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	---	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Внутричерепное кровоизлияние (внутричерепная гематома). Субарахноидальное кровоизлияние. Причины, морфогенез, морфологическая характеристика, осложнения, исходы. Поражения</p>	<p>Внутричерепные кровоизлияния. Подразделяют на внутричерепные (гипертензионные), субарахноидальные</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е</p>

	<p>сосудов мозга разной этиологии. Мешотчатые аневризмы. Аневризмы при атеросклерозе и других заболеваниях.</p>	<p>(аневризматические), смешанные (паренхиматозные и субарахноидальные — артериовенозные пороки).</p> <p>Внутричерепные кровоизлияния. Развиваются при разрыве микроаневризм в местах бифуркаций внутримозговых артерий у больных гипертонической болезнью (гематома), а также в результате диапедеза (петехиальные кровоизлияния, геморрагическое пропитывание). Кровоизлияния локализуются чаще всего в подкорковых узлах головного мозга и мозжечке. В исходе формируется киста со</p>	<p>изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	---	---	---

		<p>ржавыми стенками за счет отложений гемосидерина.</p> <p>Субарахноидальные кровоизлияния. Возникают за счет разрыва аневризм крупных церебральных сосудов не только атеросклеротического, но и воспалительного, врожденного и травматического генеза.</p> <p>Гипертензионные цереброваскулярные заболевания. Развиваются у людей, страдающих гипертонией.</p> <p>Лакунарные изменения. Представлены множеством мелких</p>	
--	--	--	--

		<p>ржавых кист в области подкорковых ядер.</p> <p>Субкортикальная лейкоэнцефалопатия. Сопровождается субкортикальной потерей аксонов и развитием демиелинизации с глиозом и артериологиалинозом.</p> <p>Гипертензионная энцефалопатия.</p> <p>Возникает у больных с злокачественной формой гипертонической болезни и сопровождается развитием фибриноидного некроза стенок сосудов, петехиальных кровоизлияний и отека.</p> <p>Осложнения</p>	
--	--	--	--

		<p>инсультов. Параличи, отек головного мозга, дислокация головного мозга с вклинениями, прорыв крови в полости желудочков мозга, приводящие к смерти.</p>	
2.	<p>Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб, Базедова болезнь): патогенез, морфологические особенности щитовидной железы, патология внутренних органов.</p>	<p>Диффузный токсический зоб (болезнь Базедова, болезнь Грейвса) – наиболее яркое проявление синдрома гипертиреозидизма, поэтому его называют также тиреотоксическим зобом. Причиной его развития является аутоим-мунизация: аутоантитела стимулируют клеточные рецепторы тиреоцитов. Это позволяет отнести</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

		<p>диффузный токсический зоб к "антительным болезням рецепторов".</p> <p>Морфологические особенности диффузного токсического зоба выявляются лишь при микроскопическом исследовании. К ним относятся превращение призматического эпителия фолликулов в цилиндрический; пролиферация эпителия с образованием сосочков, ветвящихся внутри фолликулов; вакуолизация и изменение тинкториальных свойств коллоида (плохо воспринимает красители) в связи с разжижением его и</p>	
--	--	---	--

		<p>обеднением йодом; лимфоплазмоцитарная инфильтрация стромы, формирование лимфатических фолликулов с зародышевыми центрами. При болезни Базедова находят ряд висцеральных проявлений. В сердце, миокард которого гипертрофирован (особенно левого желудочка), в связи с тиреотоксикозом наблюдаются серозный отек и лимфоидная инфильтрация межуточной ткани, а также внутриклеточный отек мышечных волокон – тиреотоксическое сердце. В исходе его</p>	
--	--	---	--

		<p>развивается диффузный межуточный склероз. В печени также наблюдается серозный отек с редким исходом в фиброз (тиреотоксический фиброз печени). Дистрофические изменения нервных клеток, периваскулярные клеточные инфильтраты обнаруживают в промежуточном и продолговатом мозге. Нередко находят увеличение вилочковой железы, гиперплазию лимфоидной ткани и атрофию коры надпочечников. Смерть при диффузном токсическом зобе может наступить от</p>	
--	--	--	--

		сердечной недостаточности, истощения. Во время операции удаления зуба может развиваться острая надпочечниковая недостаточность.	
3.	Пиелонефрит и инфекции мочевыводящих путей. Определение, классификация. Этиологические и предрасполагающие факторы, пути распространения инфекции в почках. Острый пиелонефрит. Определение, этиология, предрасполагающие заболевания и патогенез, морфологическая характеристика, осложнения.	Пиелонефрит – инфекционное заболевание, при котором в процесс вовлекаются почечная лоханка, ее чашечки и вещество почек с преимущественным поражением межуточной ткани. В связи с этим пиелонефрит является интерстициальным (межуточным) нефритом. Он может быть одно- и двусторонним. На основании клинико-морфологических	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1

		<p>данных различают острый и хронический пиелонефрит, который имеет обычно рецидивирующее течение в виде атак острого пиелонефрита.</p> <p><u>Этиология</u></p> <p>Пиелонефрит – инфекционное заболевание. Возбудителями его могут быть различные инфекции (кишечная палочка, энтерококк, стрептококк, стафилококк, протей и др.), однако в большинстве случаев – кишечная палочка. Чаще микробы заносятся в почки восходящим путем из мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного</p>	
--	--	---	--

		<p>канала (урогенный восходящий пиелонефрит). Урогенному восхождению инфекции способствуют дискинезия мочеточников и лоханки, повышение внутрилоханочного давления (везикоренальный и пиелоренальный рефлюксы), а также обратное всасывание содержимого лоханок в вены мозгового вещества почек (пиеловенозный рефлюкс).</p> <p>Восходящий пиелонефрит нередко осложняет течение заболевания мочеполовой системы,</p>	
--	--	---	--

		<p>при которых затруднен отток мочи (камни и стриктуры мочеточников, стриктуры мочеиспускательного канала, опухоли мочеполовой системы), поэтому он часто развивается и во время беременности.</p> <p>Инфекционные агенты могут проникать в почку, в том числе и лоханку, с током крови (гематогенный нисходящий пиелонефрит). Такой путь возникновения пиелонефрита наблюдается при многих инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, грипп, ангина, сепсис). Возможен и</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфогенный занос инфекции в почки (лимфогенный пиелонефрит), источником инфекции в этих случаях являются толстая кишка и половые органы.</p> <p>Для развития пиелонефрита недостаточно лишь проникновения инфекции в почки. Его возникновение определяется реактивностью организма и рядом местных причин, обуславливающих нарушение оттока мочи и мочевого стаз. Этими же причинами объясняется возможность рецидивирующего</p>	
--	--	--	--

		<p>хронического течения болезни.</p> <p>Изменения при остром и хроническом пиелонефрите различны.</p> <p>При остром пиелонефрите в разгар заболевания обнаруживаются полнокровие и лейкоцитарная инфильтрация лоханки и чашечек, очаги некроза слизистой оболочки, картина фибринозного пиелита. Межуточная ткань всех слоев почки отечна, инфильтрирована лейкоцитами; нередко множественные милиарные абсцессы, кровоизлияния. Канальцы в состоянии дистрофии, просветы</p>	
--	--	--	--

		<p>их забиты цилиндрами из слущенного эпителия и лейкоцитов. Процесс имеет очаговый или диффузный характер. Почка (почки) увеличена, ткань набухшая, полнокровная, капсула легко снимается. Полости лоханок и чашечек расширены, заполнены мутной мочой или гноем, их слизистая оболочка тусклая, с очагами кровоизлияний. На разрезе почечная ткань пестрая, желто-серые участки окружены зоной полнокровия и геморрагий, встречаются абсцессы.</p> <p>Осложнения. При остром пиелонефрите</p>	
--	--	--	--

		<p>прогрессирование гнойного процесса ведет к слиянию крупных абсцессов и образованию карбункула почки, сообщению гнойных полостей с лоханкой (пионефроз), переходу процесса на фиброзную капсулу (перинефрит) и околопочечную клетчатку (паранефрит). Острый пиелонефрит может осложниться некрозом сосочков пирамид (папиллонекроз), развивающимся в результате токсического действия бактерий в условиях мочевого стаза. Это осложнение пиелонефрита встречается чаще у</p>	
--	--	--	--

		<p>больных диабетом.</p> <p>Исход.</p> <p>При остром пиелонефрите исходом обычно является выздоровление.</p> <p>Тяжелые его осложнения (пионефроз, сепсис, папиллонекроз) могут быть причиной смерти.</p>	
4.	<p>Хроническая обструктивная болезнь легких: бронхоэктазы, эмфизема легких. Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Осложнения. Причины смерти.</p>	<p><i>Бронхоэктазы</i> - расширения бронхов в виде цилиндра или мешка, которые могут быть врожденными и приобретенными.</p> <p><i>Врожденные бронхоэктазы</i> встречаются сравнительно редко (2-3% по отношению к общему числу ХНЗЛ) и развиваются в связи с</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. -</p>

		<p>нарушения формирования бронхиального дерева. Иногда образуются кисты (так называемое <i>кистозное легкое</i>), так как в паренхиме легкого слепо заканчиваются мелкие бронхи. Гистологическим признаком врожденных бронхоэктазов является беспорядочное расположение в их стенке структурных элементов бронха. Врожденные бронхоэктазы выявляются обычно при нагноении их содержимого. <i>Приобретенные бронхоэктазы</i> являются следствием хронического бронхита.</p>	<p>URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	---

		<p>Они появляются в очаге неразрешившейся пневмонии,</p> <p>в участках ателектаза (активного спадения респираторного отдела легких вследствие обтурации или компрессии бронхов) и коллапса (спадение респираторных структур легкого вследствие механического его сдавления со стороны плевральной полости). Внутрибронхиальное давление, повышающееся во время кашлевых толчков, воздействуя на измененную при хроническом воспалении бронхиальную стенку,</p>	
--	--	--	--

		<p>ведет к ее взбуханию в сторону наименьшего сопротивления, просвет бронха расширяется и образует <i>мешковидный бронхоэктаз</i>. При диффузном расширении просвета бронха образуются <i>цилиндрические бронхоэктазы</i>. Расширенные на почве воспаления бронхиолы обозначают как бронхиолоэктазы. Они бывают обычно множественными, поверхность разреза легкого при этом имеет мелкочаеистый вид, такое легкое называют сотовым, так как оно напоминает пчелиные соты.</p>	
--	--	---	--

		<p>Полость бронхоэктаза выстлана призматическим эпителием, но нередко многослойным плоским, возникшим в результате метаплазии. В стенке бронхоэктаза наблюдается хроническое воспаление, эластические и мышечные волокна на значительном протяжении разрушены и замещены соединительной тканью. В полости бронхоэктаза имеется гнойное содержимое. Прилежащая к бронхоэктазам легочная ткань резко</p>	
--	--	--	--

		<p>изменяется, в ней возникают фокусы воспаления (абсцессы, участки организации экссудата), поля фиброза. В сосудах развивается склероз, что при множественных бронхоэктазах и неизбежно возникающей при хроническом бронхите обструктивной эмфиземе ведет к <i>гипертензии в малом круге кровообращения и гипертрофии правого желудочка сердца (легочное сердце)</i>. В связи с этим у больных появляется гипоксия с последующим нарушением трофики тканей. Очень</p>	
--	--	--	--

		<p>характерно утолщение тканей ногтевых фаланг пальцев рук и ног: пальцы приобретают вид барабанных палочек. При длительном существовании бронхоэктазов может развиться <i>амилоидоз</i>. Вещь комплекс легочных и внелегочных изменений при наличии бронхоэктазов называют <i>бронхоэктатической болезнью</i>.</p> <p><i>Эмфиземой легких</i> (от греч. <i>emphysao</i> - вздуваю) называют заболевание, которое характеризуется избыточным содержанием воздуха в легких и увеличением их размеров.</p>	
--	--	--	--

		<p>Различаются следующие виды эмфиземы: хроническая диффузная обструктивная; хроническая очаговая (перифокальная, рубцовая); викарная (компенсаторная); первичная (идиопатическая) панацинарная; старческая (эмфизема у стариков); межуточная.</p> <p>Хроническая диффузная обструктивная эмфизема легких. Этот вид эмфиземы встречается особенно часто.</p> <p>Этиология и патогенез. Развитие этого вида эмфиземы связано с предшествующими ей хроническим бронхитом и</p>	
--	--	--	--

		<p> бронхиолитом и их последствиями - множественными бронхоэктазами, пневмосклерозом. При эмфиземе поражается эластический и коллагеновый каркас легкого в связи с активацией лейкоцитарных протеаз, эластазы и коллагеназы. Эти ферменты ведут к недостаточности эластических и коллагеновых волокон, так как при эмфиземе имеется генетически обусловленный дефицит сывороточных антипротеаз. В условиях несостоятельности стромы легкого (особенно эластической) включается так называемый клапанный (вентильный) </p>	
--	--	--	--

		<p>механизм. Он сводится к тому, что слизистая пробка, образующаяся в просвете мелких бронхов и бронхиол при хроническом диффузном бронхите, при вдохе пропускает воздух в альвеолы, но не позволяет ему выйти при выдохе. Воздух накапливается в ацинусах, расширяет их полости, что и ведет к диффузной обструктивной эмфиземе.</p> <p><i>Патологическая анатомия.</i> Легкие увеличены в размерах, прикрывают своими краями переднее средостение, вздутые, бледные, мягкие, не спадаются, режутся с хрустом. Из просвета</p>	
--	--	--	--

		<p> бронхов, стенки которых утолщены, выдавливается слизисто-гнойный экссудат. Слизистая оболочка бронхов полнокровная, с воспалительным инфильтратом, большим числом бокаловидных клеток; отмечается неравномерная гипертрофия мышечного слоя, особенно в мелких бронхах. При преобладании изменений бронхиол расширяются проксимальные отделы ацинуса (респираторные бронхиолы 1-го и 2-го порядков); такая эмфизема носит название <i>центроацинар ной</i> (рис. 188). При наличии воспалительных </p>	
--	--	--	--

		<p>изменений преимущественно в более крупных бронхах (например, внутридольковых) расширению подвергается весь ацинус; в таких случаях говорят о <i>панацинарной эмфиземе</i>.</p> <p>Растяжение стенок ацинуса ведет к растяжению и истончению эластических волокон, расширению альвеолярных ходов, изменению альвеолярных перегородок. Стенки альвеол истончаются и выпрямляются, межальвеолярные поры расширяются, капилляры заустевают. Проводящие воздушные бронхиолы</p>	
--	--	---	--

		<p>расширяются, альвеолярные мешочки укорачиваются. Вследствие этого происходит резкое уменьшение площади газообмена, нарушается вентиляционная функция легких. Капиллярная сеть в респираторной части ацинусов редуцируется, что приводит к образованию альвеолярно-капиллярного блока. В межальвеолярных</p> <p>капиллярах разрастаются коллагеновые волокна, развивается интракапиллярный склероз (см. рис. 188). При этом наблюдается образование новых не совсем типично построенных капилляров, что имеет приспособительное</p>	
--	--	---	--

		<p>значение. Таким образом, при хронической обструктивной эмфиземе в легких возникает гипертензия малого круга кровообращения, приводящая к гипертрофии правого сердца (<i>легочное сердце</i>). К легочной недостаточности присоединяется сердечная недостаточность, которая на определенном этапе развития болезни становится ведущей.</p> <p>Хроническая очаговая эмфизема. Эта эмфизема развивается вокруг старых туберкулезных очагов, постинфарктных рубцов, чаще в I-II сегментах. Поэтому ее</p>	
--	--	---	--

		<p>называют <i>перифокальной</i>, или <i>рубцовой</i>. Хроническая очаговая эмфизема</p> <p><i>обычно панацинарная</i>: в расширенных ацинусах наблюдается полное сглаживание стенок, образуются гладкостенные полости, которые ошибочно могут быть приняты при рентгеноскопии за туберкулезные каверны. При наличии нескольких полостей (пузырей) говорят о <i>буллезной эмфиземе</i>. Расположенные под плеврой пузыри могут прорываться в плевральную полость, развивается спонтанный пневмоторакс.</p> <p>Редукция капиллярного русла происходит на ограниченном участке легкого, поэтому при</p>	
--	--	--	--

		<p>перифокальной эмфиземе не наблюдается гипертонии малого круга кровообращения.</p> <p>Викарная (компенсаторная) эмфизема одного легкого наблюдается после удаления части его или другого легкого. Этот вид эмфиземы сопровождается гипертрофией и гиперплазией структурных элементов оставшейся легочной ткани.</p> <p>Первичная (идиопатическая) панацинарная эмфизема встречается очень редко, этиология ее неизвестна. Морфологически она проявляется атрофией альвеолярной стенки,</p>	
--	--	--	--

		<p>редукцией капиллярной стенки и выраженной гипертонией малого круга кровообращения.</p> <p>Старческая эмфизема рассматривается как обструктивная, но развивающаяся в связи с возрастной инволюцией легких. Поэтому ее правильнее называть <i>эмфиземой у стариков</i>.</p> <p>Межуточная эмфизема принципиально отличается от всех других видов. Она характеризуется поступлением воздуха в межуточную ткань легкого через разрывы альвеол у больных при усиленных кашлевых движениях. Пузырьки воздуха могут</p>	
--	--	---	--

		распространяться в ткань средостения и подкожную клетчатку шеи и лица (<i>подкожная эмфизема</i>). При надавливании на раздутые воздухом участки кожи слышен характерный хруст (<i>крепитация</i>).	
5.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Общая характеристика пептических (хронических) язв разных локализаций. Эпидемиология, этиология, Патогенез. Патологическая анатомия в период обострения и ремиссии. Осложнения, исходы. Хроническая язва желудка как предраковое состояние.	хроническое, циклически текущее заболевание, основным клиническим и морфологическим выражением которого является рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки. В зависимости от локализации язвы и особенностей патогенеза болезни различают язвенную болезнь с локализацией язвы в пилородуоденальной	Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст] : учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с.: ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр.: с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD own.asp?MacroName

		<p>зоне или теле желудка, хотя существуют и сочетанные формы.</p> <p>Причины образования язв различны: инфекционный процесс, аллергические, токсические и стрессорные факторы, лекарственные и эндокринные факторы, а также послеоперационные осложнения (пептические язвы). Важно отметить наличие предрасполагающих факторов – это старческий возраст, мужской пол, первая группа крови и т. д. В ходе формирования язвы важную роль отводят эрозии, которая представляет собой дефект слизистой оболочки, не</p>	
--	--	---	--

		<p>проникающий за пределы мышечного слоя. Эрозия образуется в результате некроза участка слизистой оболочки с последующим кровоизлиянием и отторжением мертвой ткани. На дне эрозии находится солянокислый гематин, а в ее краях – лейкоцитарный инфильтрат. Эрозия легко эпителизируется, но при развитии язвенной болезни некоторые эрозии не заживают, некрозу начинают подвергаться глубокие слои стенки желудка. Острая язва имеет неправильную округлую или овальную форму и напоминает воронку. По мере очищения от</p>	
--	--	--	--

		<p>некротических масс выявляется дно острой язвы, представленное мышечным слоем. Дно окрашено (за счет гематина) в грязно-серый или черный цвет.</p> <p>Хроническая язва имеет четкую овальную или круглую форму, размером от нескольких миллиметров до 5–6 см, проникает в стенку желудка на различную глубину, вплоть до серозного слоя. Дно язвы гладкое, иногда шероховатое, края валикообразно приподняты и плотные. Край язвы, обращенный к пищеводу, подрыв, и слизистая оболочка нависает над ним, а противоположный край пологий.</p> <p>Различают период</p>	
--	--	---	--

		<p>ремиссии и обострения. В период ремиссии в краях язвы рубцовая ткань, слизистая оболочка по краям утолщена и гиперемирована. В области дна разрушенный мышечный слой, замещающийся рубцовой тканью, в которой много сосудов с утолщенными стенками. Нервные волокна и ганглиозные клетки подвергаются дистрофическим изменениям и распаду. В период обострения в области дна и краев язвы появляется широкая зона фибриноидного некроза. На поверхности некротических масс располагается фибринозно-гнойный или гнойный экссудат.</p>	
--	--	--	--

		<p>Зону некроза ограничивает грануляционная ткань с большим числом тонкостенных сосудов и клеток, среди которых много эозинофилов. Ниже расположена грубоволокнистая рубцовая ткань. Осложнения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. язвенно-деструктивные (кровотечение, прободение, пенетрация); 2. воспалительные (гастрит, дуоденит, перигастрит, перидуоденит); 3. язвенно-рубцовые (сужение входного и выходного отделов желудка, деформация желудка, сужение просвета двенадцатиперстной кишки, деформация ее луковицы); 	
--	--	--	--

		4. малигнизация язвы (развитие рака из язвы); 5. комбинированные осложнения.	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	2 - осуществлять сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней на всех этапах их развития;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	В НОРМЕ ВЛАГАЛИЩЕ ВЫСТЛАНО ЭПИТЕЛИЕМ 1) переходным 2) цилиндрическим	3) многослойным плоским	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М.

	3) многослойным плоским		Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА 1) острое 2) подострое 3) острейшее 4) хроническое волнообразное 5) хроническое прогрессивное	4) хроническое волнообразное	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com

			m/book/105922
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ФАКТОРЫ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА</p> <p>1) поздние первые роды 2) раннее начало половой жизни 3) неспособность к деторождению 4) хронические инфекции полового тракта 5) половые связи с многочисленными партнерами</p>	<p>1) поздние первые роды 3) неспособность к деторождению</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>СИНОНИМЫ ТЕРМИНА "ПЕРВИЧНО-СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА"</p> <p>1) мелкобугристая 2) большая пестрая 3) атеросклеротический нефросклероз</p>	<p>3) атеросклеротический нефросклероз 4) артериосклеротический нефросклероз</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.].</p>

	4) артериолосклеретический нефросклероз		— Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Коревая сыпь на слизистой оболочке полости рта 2. Коревая сыпь на коже А. Экзантема Б. Энантема	1-Б 2-А	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL:

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник	
1.	<p>Смерть больного, страдавшего острым инфарктом миокарда, наступила на 6-е сутки от начала заболевания. На вскрытии в полости перикарда обнаружено 500 мл жидкой крови со сгустками.</p> <p>1) Укажите морфологический вариант инфаркта миокарда.</p> <p>2) Диагностируйте возникшее осложнение.</p> <p>3) Объясните причины развития этого осложнения.</p> <p>4) Опишите механизм наступления смерти.</p>	<p>1) белый геморрагическим венчиком</p> <p>2) разрыв сердца</p> <p>3) миомаляция</p> <p>4) гемоперикард тампонадой сердца</p>	<p>с</p> <p>с</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.co</p>

			m/book/105922
2.	<p>В затылочной области головы у юноши 16 лет образовался резко болезненный участок кожи с напряжением тканей, затруднением движений шеи. При осмотре кожа выбухает, резко гиперемирована, в центре определяется желтоватый участок в виде углубленного стержня.</p> <p>1) Назовите общепатологический процесс.</p> <p>2) Классифицируйте его по характеру реакции тканей.</p> <p>3) Перечислите возможные исходы процесса.</p>	<p>1) воспаление</p> <p>2) экссудативное (гнойное)</p> <p>3) рассасывание или организация с формированием фиброзного рубца; флегмона, сепсис</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
3.	<p>Больная, 50 лет, длительное время получала глюкокортикоиды по поводу бронхиальной астмы. После резкой отмены ГКС стала отмечать утомляемость, резкую слабость, бессоницу. У больной снизился аппетит, наблюдалась тошнота, рвота, запоры сменились поносами,</p>	<p>1. Хроническая недостаточность коры надпочечников.</p> <p>2. Длительное применение глюкокортикоидов, туберкулёз, метастазы,</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск:</p>

	<p>резкие боли в животе и похудание. Кожа приобрела бронзовую окраску, особенно на лице и шее, тыльной поверхности кистей, в области сосков, половых органов, белой линии живота, АД – 70/40 мм.рт.ст. Содержание 17-ОКС и 17-КС в моче резко снижено, эозинопеническая проба положительная, содержание АКТГ в плазме повышено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите форму патологии, имеющуюся у больной? 2. Назовите причины, которые могут вызывать этот вид нарушений. 3. Объясните механизм системных нарушений при данной патологии. 	<p>токсические повреждения, амилоидоз.</p> <p>3.Снижение продукции глюкокортикоидов, минералокортикоидов корой надпочечников приводит к нарушению всех видов обмена в организме: мышечная слабость, утомляемость, вследствие дисбаланса ионов в биологических жидкостях и мышцах, гипогликемии, дистрофических изменений в миоцитах; артериальная гипотензия вследствие снижения тонуса ГМК артериол, уменьшения чувствительности рецепторов ГМК артериол, снижения сократительной функции миокарда; полиурия, вследствие гипоальдостеронизма,</p>	<p>СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	---	--	---

		<p>приводящего к снижению реабсорбции жидкости в канальцах почек; гипогидратация организма, гиповолемия, гемоконцентрация вследствие полиурии; нарушение полостного и мембранного пищеварения и всасывания вследствие недостаточной секреции пищеварительных соков и повышения осмоляльности кишечного содержимого; гипогликемия вследствие недостаточности ГКС; гиперпигментация кожи вследствие повышения АКТГ и меланоцитостимулирующего гормона.</p>	
4.	Женщина 30 лет с детства страдает ревматическим пороком сердца. В	1. Склероз, гиалиноз, петрификация,	Патологическая анатомия: учебное

	<p>последние годы часты эпизоды сердечно-сосудистой недостаточности. В клинику поступила с жалобами на одышку, увеличение живота, отеки на ногах, пальпируется увеличенная печень. Диагностирован митральный стеноз. Смерть наступила от хронической сердечной недостаточности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как изменен митральный клапан? 2. Как были изменены легкие (назовите)? 3. Какие изменения развились в печени, почках (назовите)? 	<p>сращение створок клапана</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Бурая индурация легких 3. Мускатная печень, цианотическая индурация почек 	<p>пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
5.	<p>Больной заболел остро после переохлаждения. Отмечалось повышение артериального давления, гематурия, отеки лица. Несмотря на лечение, нарастали явления почечной недостаточности. Спустя 6 мес. от начала заболевания больной скончался. При вскрытии обнаружено: почки увеличены в размерах, дряблые, на разрезе корковый слой желто-серый с красным крапом, пирамиды темно-красные.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подострый гломерулонефрит 2. Большая пестрая почка 3. Прролиферация нефротелия с образованием «полулуний», эндотелиальных, мезангиальных клеток; отложения фибрина в клубочках; белковая дистрофия эпителия канальцев; отек, 	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная</p>

	<p>1. Какое заболевание возникло у больного?</p> <p>2. Как называют изменения почек, обнаруживаемые макроскопически?</p> <p>3. Какие изменения в почках обнаруживают при микроскопическом исследовании?</p> <p>4. Для какой гистологической формы гломерулонефрита они характерны?</p>	<p>склероз и гистиолимфоцитарная инфильтрация стромы</p> <p>4. Экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит</p>	<p>система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Хронический гломерулонефрит. Определение, макро- и микроскопическая характеристика. Уремия. Этиология, патогенез, морфологическая характеристика.</p>	<p>Хронический гломерулонефрит – самостоятельное заболевание, протекающее латентно или с рецидивами, растягивающееся иногда на многие годы и заканчивающееся хронической почечной недостаточностью. Причина развития хронического</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст:</p>

		<p>гломерулонефрита обычно неясна, но механизм его развития хорошо изучен: в 80-90% случаев он связан с циркулирующими иммунными комплексами. Хронический гломерулонефрит представлен двумя морфологическими типами — мезангиальным и фибропластическим (склерозирующим). <u>Мезангиальный гломерулонефрит</u> развивается в связи с пролиферацией мезангиоцитов в ответ на отложения под эндотелием и в мезангии иммунных комплексов. При этом отмечается расширение</p>	<p>электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	--

		<p>мезангия сосудистого пучка клубочков и накопление в нем матрикса. При пролиферации мезангиоцитов их отростки выселяются на периферию капиллярных петель (интерпозиция мезангия), что ведет к "отслойке" эндотелия от мембраны и под световым микроскопом определяется как утолщение, двухконтурность или расщепление базальной мембраны капилляров. Для мезангиального гломерулонефрита характерны изменения не только клубочков, но и канальцев (дистрофия, атрофия) и стромы (клеточная</p>	
--	--	--	--

		<p>инфильтрация, склероз).</p> <p><u>Фибропластический (склерозирующий)</u> гломерулонефрит представляет собой собирательную форму, при которой склероз и гиалиноз капиллярных петель и образование спаек в полости капсулы завершают изменения, свойственные другим морфологическим типам нефрита. В тех случаях, когда фибропластической трансформации подвергается большинство клубочков, говорят о диффузно м, а часть клубочков – об очаговом фибропластическом</p>	
--	--	--	--

		<p>гломерулонефрите. При фибропластическом гломерулонефрите, особенно диффузном, выражены дистрофические и атрофические изменения канальцев, склероз стромы и сосудов почек.</p> <p>Почки при фибропластическом (диффузном) гломерулонефрите могут быть несколько уменьшены, с намечающимися мелкими западениями на поверхности; они, как правило, плотные, серо-красные.</p> <p>Хронический гломерулонефрит, как правило, претерпевает эволюцию во вторичное</p>	
--	--	---	--

		<p>(нефритическое) сморщивание почек (вторично-сморщенные почки). Размеры почек уменьшаются, они становятся плотными, поверхность их мелкозернистая (при равномерном сморщивании – гладкая). Зернистый характер поверхности почек объясняется тем, что участки склероза и атрофии (западения) чередуются с участками гипертрофированных нефронов (выбухания). На разрезе слой почечной ткани тонкий, причем особенно истончено корковое вещество; ткань почек сухая, малокровная, серого цвета.</p>	
--	--	---	--

		<p>При микроскопическом исследовании в запавших участках отмечаются атрофия клубочков и канальцев, замещение их соединительной тканью. Клубочки превращаются в рубчики (гломерулосклероз) или гиалиновые шарики (гломерулогиаминоз). Хронический гломерулонефрит, провоцирует появление уремии. Происходит интоксикация организма азотистыми шлаками, которые вовремя не выводятся с мочой из-за нарушений в работе почек.</p>	
2.	Острые язвы желудка: этиология, патогенез, морфологическая	Эрозии и острые язвы. Эрозии,	Патолого-анатомическая

	<p>характеристика, исходы.</p>	<p>обычно множественные, представляют собой дефект слизистой оболочки, распространяющийся не глубже т. muscularis mucosae; острая язва распространяется через подслизистую оболочку на остальные слои желудка, подчас вплоть до серозной оболочки. Однако анатомическое расположение является чисто формальным отличием. Ю. М. Лазовский с сотрудниками (1947) полагают, что в основе развития и эрозии и острой язвы лежит не воспалительный процесс (Konjctznu, 1925), а некробиоз с</p>	<p>диагностика рака желудка [Текст]: учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с.: ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр.: с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName</p>
--	--------------------------------	--	---

		<p>отчетливыми изменениями в сосудах и соединительной ткани желудка. Таким образом, принципиальной разницы между эрозией и острой язвой не существует (Ю. М. Лазовский и сотр., 1947; И. В. Давыдовский, 1958).</p> <p>Острые язвы бывают различной величины — от точки до 2 см и больше. Форма их круглая, овальная или вытянутая по длиннику желудка. Острая язва имеет относительно небольшой (не свыше 1 см), но глубокий кратер с четкими краями, без воспалительной периферической</p>	
--	--	--	--

		<p>реакции вокруг. Дно острой язвы или чистое, или видны темно-бурые продукты распада. Располагаются острые изъязвления по преимуществу на малой кривизне и в пилорическом отделе желудка.</p>	
3.	<p>Опухоли яичников. Факторы риска. Классификация. Особенности гистогенеза. Рак яичников: морфологическая характеристика, прогноз.</p>	<p>Морфология опухолей яичников весьма разнообразна. Это обусловлено в первую очередь тем, что яичники, в отличие от других органов, состоят не из двух компонентов — паренхимы и стромы, а из многих элементов различного гистогенеза. Выделяют много вариантов ткани, обеспечивающих основные функции этого органа: со-</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedl</p>

		<p>зревание половых клеток и выработку половых гормонов (покровный эпителий, яйцеклетка и ее эмбриональные и зрелые производные, гранулезные клетки, тека-ткань, хилусные клетки, соединительная ткань, сосуды, нервы и т.д.). В происхождении опухолей яичников немаловажную роль играют рудименты, сохранившиеся с периода эмбриогенеза. Многие опухоли развиваются из постнатальных участков эпителия, разрастании, подверженных метаплазии и параплазии, в частности из эпителия</p>	<p>ib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	---

		<p>маточных труб и матки, который может имплантироваться на поверхности яичника. Ряд опухолей яичника развиваются из эпителия, который способен к погружному росту, из него образуются опухоли полового тяжа: гранулезоклеточные опухоли, текомы, из остатков мужской части гонады андрогенпродуцирующие опухоли (андробластомы). Варианты наиболее часто встречающихся опухолей яичников</p> <p>I. Опухоли поверхностного эпителия и стромы яичников</p>	
--	--	---	--

		<p>(цистаденомы).</p> <p>А. Серозные опухоли: Б. Муцинозные опухоли: В. Эндометриоидные опухоли. Г. Опухоли Бреннера. Д. Рак яичников.</p> <p>II. Опухоли полового тяжа и стромы яичника.</p> <p>А. Гранулезостромально- клеточные опухоли: Б. Андробластомы.</p> <p>III. Герминогенные опухоли.</p> <p>А. Дисгерминома. Б. Тератомы:</p> <p>Среди опухолей</p>	
--	--	--	--

		<p>женских половых органов рак яичников занимает второе место после рака шейки матки. Он может развиваться из нормальных компонентов яичника (покровный мезотелий, яйцеклетка и ее производные, гранулезные клетки), рудиментарных его образований (проток первичной почки, или вольфов проток), а также эмбриональных остатков. Однако большинство раковых опухолей яичников развивается в результате озлокачествления доброкачественных эпителиальных серозных или</p>	
--	--	--	--

		<p>муцинозных опухолей. Рак яичников имеет обычно вид бугристого узла различных размеров. Речь идет обычно о злокачественных серозных и злокачественных псевдомуцинозных опухолях. Метастазы опухоли бывают лимфоидными, гематогенными, встречаются в лимфатических узлах, брюшине и во внутренних органах.</p>	
4.	<p>Инфекционные заболевания центральной нервной системы. Классификация. Менингит (лептоменингит, пахименингит), абсцесс головного мозга. Этиология, морфологическая характеристика, исходы. Менингококковый менингит: пути передачи инфекции, морфология,</p>	<p>В настоящем разделе рассматриваются основные инфекции ЦНС бактериальной этиологии: <i>менингиты, абсцесс головного мозга, субдуральная</i></p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-</p>

	<p>клинические синдромы, осложнения, причины смерти.</p>	<p><i>эмпиема и эпидуральный абсцесс.</i></p> <p>Менингит – воспаление оболочек головного и спинного мозга. Различают лептоменингит – воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек и пахименингит – воспаление твердой мозговой оболочки. В клинике под термином «менингит» обычно подразумевают воспаление мягких мозговых оболочек. Менингит распространен в различных климатических зонах. Возбудителями менингита могут быть разнообразные патогенные</p>	<p>Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	---

		<p>микроорганизмы, вирусы, бактерии и простейшие.</p> <p>Классификация. По характеру воспалительного процесса в мозговых оболочках и изменений в цереброспинальной жидкости различают серозный и гнойный менингиты. При серозных менингитах в цереброспинальной жидкости преобладают лимфоциты, при гнойных – преимущественно нейтрофильный плеоцитоз. По патогенезу различают первичные и вторичные менингиты. Первичный менингит развивается без предшествующей общей инфекции или</p>	
--	--	---	--

		<p>инфекционного заболевания какого-либо органа, вторичный является осложнением общего или локального инфекционного заболевания. По локализации процесса бывают генерализованные и ограниченные менингиты, на основании мозга – базальные, на выпуклой поверхности – конвекситальные.</p> <p>Патогенез. Имеются три пути инфицирования менингеальных оболочек: 1) контактное распространение при открытой черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмах,</p>	
--	--	--	--

		<p>при переломах и трещинах основания черепа, сопровождающихся ликвореей; 2) периневральное и лимфогенное распространение возбудителей на менингеальные оболочки при существующей гнойной инфекции придаточных пазух носа, среднего уха или сосцевидного отростка, глазного яблока и т.д.; 3) гематогенное распространение; иногда менингит является основным или одним из проявлений бактериемии. Входными воротами инфекции при менингите являются</p>	
--	--	--	--

		<p>слизистая оболочка носоглотки, бронхов, желудочно-кишечного тракта с возникновением назофарингита, ангины, бронхит.</p> <p>Патоморфология. При остром гнойном менингите мозговые оболочки инфицируются прямым путем или через ток крови. Инфекция быстро и диффузно распространяется во всем субарахноидальном пространстве головного и спинного мозга. Субарахноидальное пространство заполняется зелено- желтым гнойным экссудатом, который может покрывать весь</p>	
--	--	--	--

		<p>мозг или располагаться только в его бороздах. При локальном инфицировании оболочек гнойное воспаление может быть ограниченным. Наблюдается отек оболочек и вещества мозга. Кортиковые вены переполнены кровью. Мозговые извилины уплощаются вследствие внутренней гидроцефалии. Микроскопически в мягких мозговых оболочках выявляются воспалительная инфильтрация, в начальной стадии целиком состоящая из полиморфных нуклеаров, а затем обнаруживаются лимфоциты и</p>	
--	--	--	--

		<p>плазматические клетки. В полушариях изменения невелики, за исключением периваскулярной инфильтрации коры. Внутренняя гидроцефалия наиболее часто обусловлена воспалительной адгезией мозжечково-мозговой цистерны, что препятствует оттоку цереброспинальной жидкости. При серозных вирусных менингитах имеются отек оболочек и вещества мозга, расширение ликворных пространств.</p> <p>Абсцессы мозга могут развиваться и вследствие прямого попадания инфекции</p>	
--	--	--	--

		<p>при проникающей ЧМТ. В мирное время доля таких абсцессов не превышает 15%, но существенно возрастает при огнестрельных и минно-взрывных ранениях.</p> <p>Возбудители. Содержимое абсцессов мозга оказывается стерильным в 25% случаев. Среди выделенных возбудителей гематогенных абсцессов преобладают стрептококки (аэробные и анаэробные), часто - в ассоциации с бактероидами.</p> <p>Патоморфология. Формирование абсцесса мозга проходит ряд стадий. Вначале при</p>	
--	--	---	--

		<p>внедрении инфекции развивается ограниченное воспаление мозговой ткани - энцефалит (или, в современной американской литературе, - «ранний церебрит»).</p> <p>Длительность этой стадии - до 3 сут. В этот период воспалительный процесс обратим и может либо спонтанно, либо на фоне антибактериальной терапии завершиться рубцеванием. При недостаточности защитных механизмов и в случае неадекватного лечения воспалительный процесс прогрессирует, и к 4-9-м суткам в его</p>	
--	--	--	--

		<p>центре возникает полость, заполненная гноем. Эта полость может увеличиваться, но к 10-13-м суткам вокруг гнойного очага начинает формироваться защитная соединительнотканная капсула, препятствующая дальнейшему распространению гнойного процесса. С 14-х суток эта капсула становится более плотной, вокруг нее формируется зона глиоза. Дальнейшее течение абсцесса мозга определяется вирулентностью флоры, реактивностью организма и адекватностью</p>	
--	--	--	--

		лечебно-диагностических мероприятий. Иногда абсцесс подвергается обратному развитию, но чаще происходит как увеличение его внутреннего объема, так и формирование новых воспалительных очагов по периферии капсулы, что в конечном счете при отсутствии адекватного лечения приводит к смерти больного	
5.	Тромбоз. Определение, местные и общие факторы тромбообразования. Тромб, его виды, морфологическая характеристика. Тромбоз вен. Тромбоз артерий. Тромбоз в полостях сердца. Значение и исходы тромбоза.	Патогенез тромбоза сложен и складывается из участия как местных, так и общих факторов, которые, взаимодействуя друг с другом, ведут к образованию тромба. К <i>местным</i> факторам	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264

		<p>относят изменения сосудистой стенки, замедление и нарушение тока крови; к <i>общим</i> факторам - нарушение регуляции свертывающей и противосвертывающей систем жидкого состояния крови в сосудистом русле и изменение состава крови.</p> <p>Тромбы могут образовываться во всех отделах <u>сердечно-сосудистой системы</u>: полостях сердца, артериях, венах, капиллярах.</p> <p>В <u>сердце</u> они образуются чаще всего в <u>аневризмах</u> желудочков после инфарктов, в предсердиях — при</p>	<p>с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	---

		<p>пороках клапанов. В аорте и артериях — при язвенном атеросклерозе, в <u>аневризме аорты</u>. В венах — при варикозном расширении, длительных застоях. Тромбоз наблюдаются при многих заболеваниях как осложняющий общепатологический процесс, иногда тромбоз составляет основу болезни и обуславливает особую нозологическую форму — <u>тромбоэмболическую болезнь</u></p> <p>Тромбоз — это процесс прижизненного свертывания крови в просвете сосуда или в</p>	
--	--	--	--

		<p>полостях сердца. Это необратимая денатурация белков и форменных элементов крови.</p> <p>Причины:</p> <p>1) изменения сосудистой стенки при воспалительных процессах, ангионевротических спазмах, атеросклерозе, при гипертонической болезни (вместо правильной констрикции и дилатации венозный сосуд сужается и долгое время поддерживает свою форму спастически);</p> <p>2) изменения скорости и направления кровотока (при сердечной недостаточности). Тромбы, появляющиеся</p>	
--	--	---	--

		<p>при резкой сократительной слабости, при возрастающей сердечной недостаточности, называются марантическими (застойными). Они могут возникать в периферических венах;</p> <p>3) ряд причин, связанных с изменением химического состава крови: при увеличении грубодисперсных белков, фибриногена, липидов. Такие состояния наблюдаются при злокачественных опухолях, атеросклерозе.</p> <p>Механизм тромбообразования</p>	
--	--	--	--

		<p>состоит из IV стадий:</p> <p>I — фаза агглютинации тромбоцитов;</p> <p>II — коагуляция фибриногена, образование фибрина;</p> <p>III — агглютинация эритроцитов;</p> <p>IV — преципитация — осадение в сгустки различных белков плазмы.</p> <p>Макроскопически — необходимо отличать тромб от посмертного сгустка. Тромб имеет тесную связь со стенкой кровеносного сосуда, а сгусток, как правило, лежит свободно. Для тромба ха</p> <p>рактерна тусклая, иногда даже</p>	
--	--	--	--

		<p>шероховатая поверхность, а у сгустка поверхность выглядит гладкой, блестящей, «зеркальной».</p> <p>Тромб имеет хрупкую консистенцию, а консистенция сгустка желеобразная.</p> <p>В зависимости от места и условий, при которых произошло образование тромба, различаются:</p> <p>1) белые тромбы (тромбоциты, фибрины, лейкоциты). Эти тромбы образуются при быстром кровотоке в артериях;</p> <p>2) красные тромбы (тромбоциты, фибрины, эритроциты) возникают в условиях медленного кровотока, чаще всего в</p>	
--	--	--	--

		<p>венах;</p> <p>3) смешанные: место прикрепления именуется головкой, тело свободно расположено в просвете сосуда. Головка часто построена по принципу белого тромба, в теле идет чередование белых и красных участков, а хвост обычно красный;</p> <p>4) гиалиновые тромбы — очень редкий вариант (они состоят из разрушенных эритроцитов, тромбоцитов, белкового преципитата). Именно белковый преципитат и создает сходство с хрящом. Эти тромбы образуются в артериолах и венулах</p>	
--	--	---	--

		<p>По отношению к просвету сосуда различаются тромбы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) закупоривающие (обтурирующие), т. е. просвет сосуда закрыт массой тромба; 2) пристеночные; 3) в камерах сердца и в аневризмах встречаются шаровидные тромбы. <p>Исход тромбоза различен. К благоприятным исходам относят <i>асептический аутолиз тромба</i>, возникающий под влиянием протеолитических ферментов лейкоцитов. Мелкие тромбы могут полностью подвергаться</p>	
--	--	---	--

		<p>асептическому аутолизу. Чаще тромбы, особенно крупные, замещаются соединительной тканью, т.е. организуются. Вростание соединительной ткани в тромб начинается в области головки со стороны интимы сосуда, далее вся масса тромба замещается соединительной тканью, в которой появляются щели или каналы, выстланные эндотелием, происходит так называемая канализация тромба (см. рис. 60). Позже выстланные эндотелием каналы превращаются в сосуды, содержащие кровь, в таких случаях говорят о васкуляризации тромба. Вазкуляризация</p>	
--	--	--	--

		<p>тромба нередко восстанавливает проходимость сосуда для крови. Однако организация тромба не всегда заканчивается его канализацией и васкуляризацией. Возможны <i>обызвествление</i> тромба, его петрификация, в венах при этом иногда возникают камни - <i>флеболиты</i>.</p> <p>К <i>неблагоприятным</i> исходам тромбоза относят отрыв тромба или его части и превращение в <i>тромбоэмбол</i>, который является источником тромбоэмболии; септическое расплавление тромба, которое возникает при попадании в тромботические массы гноеродных бактерий, что ведет к</p>	
--	--	---	--

		<p>тромбобактериальной эмболии сосудов различных органов и тканей (при сепсисе).</p> <p>Значение тромбоза определяется быстротой его развития, локализацией и распространенностью, а также исходом. В некоторых случаях можно говорить о благоприятном значении тромбоза, например при тромбозе аневризмы, когда тромб «укрепляет» ее стенку. В подавляющем большинстве случаев тромбоз - явление опасное, так как обтурирующие тромбы в артериях могут стать причиной инфаркта или гангрены. В то же время пристеночные, медленно образующиеся тромбы</p>	
--	--	--	--

		даже в крупных артериальных стволах могут не вести к тяжелым последствиям, так как в таких случаях успевают развиться коллатеральное кровообращение.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	1 - навыками сопоставления морфологических и клинических проявлений болезни

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p style="text-align: center;">ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ПОЧКАХ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ</p> <p>1) инфаркты 2) амилоидоз 3) эмботический гнойный нефрит 4) гидронефротическую трансформацию</p>	1) инфаркты	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p style="text-align: center;">ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ</p> <p>1) быстрый рост 2) рецидивирование после хирургического удаления 3) метастазирование в яичники (метастазы Крукенберга)</p>	2) рецидивирование после хирургического удаления	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-</p>

			библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ТКАНИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ</p> <p>1) инфаркта 2) гангрены 3) гемосидероза 4) склероза стромы 5) атрофии паренхимы 6) дистрофии паренхимы 7) мукоидного набухания 8) массивного кровоизлияния</p>	<p>3) гемосидероза 4) склероза стромы 5) атрофии паренхимы 6) дистрофии паренхимы</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
2.	<p>СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА</p> <p>1) организации</p>	<p>1) организации 3) некротическая</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное</p>

	<p>2) ишемическая 3) некротическая 4) метаболическая 5) дистрофическая</p>		<p>пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
	<p>Установите последовательность/Сопоставьте понятия</p>		
1.	<p>1. Иммунное гранулематозное воспаление развивается при 2. Неиммунное гранулематозное воспаление развивается при</p> <p>А. Шистосомозе Б. Туберкулезе В. Бешенстве Г. Сифилисе</p>	<p>1-БГ 2-АВ</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>У больного через 2 мес. после переливания крови развилась желтуха, при пальпации обнаружено увеличение печени, отмечено повышение уровня печеночных трансаминаз, изменения осадочных проб. Произведена пункционная биопсия печени.</p> <p>1. Какое заболевание развилось у больного?</p> <p>2. Этиология заболевания?</p> <p>3. Какие микроскопические изменения обнаружены в пунктате печени?</p> <p>4. Каковы исходы заболевания?</p>	<p>1. вирусный гепатит</p> <p>2. вирус гепатита В</p> <p>3. некроз печёночных клеток, гидropическая баллонная дистрофия гепатоцитов, тельца Каунсильмена, лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы</p> <p>4. выздоровление, формирование цирроза печени.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
2.	У мужчины 40 лет диагностирован	1. гематогенного	Патологическая

	<p>милиарный туберкулез легких.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проявлением какого вида туберкулеза он является? 2. Прогрессированием какого вида туберкулеза может быть? 3. Какая это форма прогрессирования? 4. Какова тканевая реакция в туберкулезных очагах легких? 	<ol style="list-style-type: none"> 2.первичного туберкулёза 3.гематогенная форма прогрессирования 4.продуктивная тканевая реакция 	<p>анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
3.	<p>Больная поступила в клинику для вскрытия абсцесса ягодицы, образовавшегося после внутримышечной инъекции. После вскрытия абсцесса температура тела оставалась высокой, появилась одышка, затемнение сознания. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая клиничко-морфологическая форма сепсиса развилась у больной? 2. Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот? 3. Какие изменения в связи с особенностями распространения 	<ol style="list-style-type: none"> 1.септикопиемия 2.хирургический 3.в легких- метастатические гнойники, в сердце - острый септический полипозно-язвенный эндокардит, в головном мозге – абсцессы и гнойный менингит. 4.септическая селезёнка: увеличена в размерах, дряблая пульпа даёт обильный соскоб. 	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	инфекции можно найти в легких, сердце, головном мозге? 4. Какие макроскопические изменения селезенки найдены при вскрытии?		
4.	У больного 40 лет, страдавшего ревматическим пороком сердца, появилась гектическая лихорадка, желтушность кожных покровов, геморрагические высыпания, одышка в покое, отеки. На конъюнктиве у внутреннего угла нижних век обоих глаз – петехиальная сыпь. 1. О какой клинико-морфологической форме сепсиса идет речь? 2. Какова наиболее вероятная локализация септического очага? 3. Каков характер изменений в септическом очаге? 4. Какое название имеют петехиальные высыпания на конъюнктиве?	1.затяжной септический эндокардит 2.аортальные пороки сердца 3.полипозно-язвенный эндокардит склерозированных клапанов 4.пятна Лукина-Либмана	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
5.	В период эпидемии гриппа в клинику поступил больной с жалобами на озноб, повышение	1.грипп 2.тяжелая форма с лёгочными	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник

	<p>температуры до 400С, головную боль, кашель, выраженную одышку. В легких определялись влажные хрипы. Несмотря на проводимое лечение, через 3 дня наступила смерть от легочно-сердечной недостаточности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. От какого заболевания наступила смерть больного? 2. О какой форме заболевания следует думать? 3. Какой вид воспаления обнаружен на вскрытии в трахее? 4. Какой макроскопический вид имели легкие? 5. С какими процессами в легочной ткани связан такой вид легких? 	<p>осложнениями 3. фибринозно-геморрагический или некротический трахеит 4. большое пёстрое лёгкое 5. нагноение, некроз, геморрагии, ателектаз, эмфизема</p>	<p>/ А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	---	---	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Некроз. Причины, механизм развития, морфологическая характеристика. Клинико-морфологические формы некроза (коагуляционный, колликвационный, казеозный, жировой, гангрена): пато-</p>	<p><i>Некроз</i> (от греч. <i>nekros</i> - мертвый) - омертвление, гибель клеток и тканей в живом организме; при этом</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное</p>

	<p>и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика, методы диагностики, исходы</p>	<p>жизнедеятельность их полностью прекращается. Некротический процесс проходит ряд стадий, что позволяет говорить о морфогенезе некроза:</p> <p>1) паранекроз - подобные некротическим, но обратимые изменения;</p> <p>2) некробиоз - необратимые дистрофические изменения, характеризующиеся преобладанием катаболических реакций над анаболическими; 3) смерть клетки, время наступления которой установить трудно; 4) аутолиз - разложение мертвого субстрата под действием гидролитических ферментов погибших клеток и макрофагов. В морфологическом</p>	<p>пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
--	---	---	---

		<p>выражении некроз равнозначен аутолизу. Своеобразной формой некроза является <i>апоптоз</i> (от греч. <i>аро</i> - разделение и <i>ptosis</i> - опущение, падение). В основе апоптоза лежат разделение клетки на части с образованием апоптозных тел (фрагменты клетки, окруженные мембраной и способные к жизнедеятельности) и последующий фагоцитоз этих тел макрофагами.</p> <p>Некробиотические и некротические процессы (некроз, апоптоз) происходят постоянно как проявление нормальной жизнедеятельности организма, так как отправление любой функции требует затрат</p>	
--	--	---	--

		<p>материального субстрата, восполняемых физиологической регенерацией. Кроме того, большая часть клеток организма постоянно подвергается старению, естественной смерти с последующим их разрушением путем апоптоза и физиологического аутолиза.</p> <p>Таким образом, в организме постоянно совершаются процессы физиологической деструкции, т.е. некротические, аутолитические и восстановительные, т.е. репаративные, регенераторные процессы, что обеспечивает нормальную его жизнедеятельность.</p>	
--	--	---	--

		<p>Некроз возникает чаще и раньше в функционально-активных паренхиматозных структурах (функционально отягощенные отделы миокарда, проксимальные и дистальные отделы почек, нейроны головного мозга и т.д.). Некрозу могут подвергаться часть клетки, клетка, группа клеток, участок ткани, органа, целый орган или часть тела. Поэтому в одних случаях он определяется лишь при микроскопическом исследовании, в других - хорошо различим невооруженным глазом.</p> <p>Механизмы возникновения некроза</p>	
--	--	--	--

		<p>сложны и определяются характером патогенных факторов, структурнофункциональными особенностями ткани, в которой развивается некроз, реактивностью организма, наследственно-конституциональными факторами. В зависимости от механизма действия патогенного фактора различают <i>прямой некроз</i>, обусловленный непосредственным воздействием (травматический и токсический некрозы), и <i>непрямой некроз</i>, возникающий опосредованно через сосудистую и нервно-эндокринную системы (трофоневротический, аллергический,</p>	
--	--	---	--

		<p>сосудистый некрозы).</p> <p>Во внутриутробном периоде и в детском возрасте преобладает прямой некроз, связанный с непосредственным воздействием инфекционного агента или токсического вещества на ткани (множественные ареактивные некрозы внутренних органов и слизистых оболочек у плодов, новорожденных и недоношенных при генерализованной ветряной оспе, генерализованной оспенной вакцине, сепсисе, токсоплазмозе) или вследствие побочного токсического воздействия некоторых лекарственных</p>	
--	--	---	--

		<p>препаратов (цитостатические средства, аминазин и др.). Непрямые некрозы, часто встречающиеся у взрослых, наблюдаются у детей в виде исключения при пороках развития сосудистого русла того или иного органа или нарушениях обмена электролитов.</p> <p>Внешние (макроскопические) признаки некроза:</p> <p>1) структура тканей в зоне некроза нарушена, ткань бесструктурная;</p> <p>2) консистенция тканей может быть плотной, когда ткань сухая; это возникает в тех случаях, когда ткань богата белками и</p>	
--	--	--	--

		<p>содержит мало воды и активность гидролитических ферментов незначительна (в миокарде, печени, селезенке и почках); зона некроза может быть мягкой, когда ткань содержит большое количество влаги, белка мало, активны гидролитические ферменты (головной мозг, кишечник); сухой некроз может перейти во влажный при появлении инфекции;</p> <p>3) цвет ткани в зоне некроза может быть черным или грязно-зеленым (при гангрене), что связано с</p>	
--	--	--	--

		<p>образованием пигмента под влиянием гнилостных микробов; вид сероватой массы</p> <p>имеет ткань головного мозга, желтосерый цвет при туберкулезе и в кишечнике, красный или красносиний цвет при инфаркте легкого;</p> <p>4) запах в зоне некроза при гангрене связан с тем, что гнилостные микроорганизмы (синегнойная палочка, клостридии) способны вырабатывать сероводород, который взаимодействует с сульфидом железа.</p> <p>Микроскопические признаки некроза: изменения возникают в паренхиме и строме. В</p>	
--	--	--	--

		<p>ядре происходит кариопикноз (уплотнение хроматина и уменьшение ядра), кариорексис (распад ядра на отдельные фрагменты) и кариолизис (ядро полностью растворяется).</p> <p>В цитоплазме клеток происходит коагуляция белка, плазморексис (разрыв цитоплазмы на отдельные фрагменты) и плазмолизис.</p> <p>В строме под действием активных ферментов (коллогеназы и эластазы) происходит гибель коллагеновых структур. Они пропитываются</p>	
--	--	---	--

		<p>белками плазмы и возникает фибриноидный некроз</p> <p>Классификация. По этиологии: травматический, токсический, аллергический, сосудистый. По механизму прямой, не прямой.</p> <p>По клинико-морфологическим формам:</p> <p>1) коагуляционный или сухой некроз: творожистый при туберкулезе и сифилисе; восковидный — в мышцах; фибриноидный при нарушениях соединительной ткани и в клапанах;</p>	
--	--	---	--

		<p>2) колликвационный некроз (в веществе головного мозга и кишечнике) — инфаркт;</p> <p>3) гангрена — некроз ткани, который сообщается с внешней средой, инфицируется гнилостными микробами с отторжением мертвой ткани в результате. Локализация гангрены: нижние и верхние конечности, внутренние органы, которые сообщаются с внешней средой (легкие, толстый кишечник, аппендикс, мочевой пузырь и матка). Гангрена может быть сухой и влажной. Для сухой гангрены необходимо нарушение кровообращения, для влажной — венозный стаз, отеки, лимфостаз.</p>	
--	--	--	--

		<p>Разновидность – пролежни.</p> <p>4)Казеозный некроз, как частная разновидность коагуляционного, чаще всего появляется в туберкулезных очагах. <i>Микроскопически</i> для него характерна гранулематозная реакция, представленная туберкулезными бугорками.</p> <p>5)Жировой - представляет собой очаги разрушенной жировой клетчатки замазкообразного вида. Следствие освобождения активированных липаз поджелудочной железы, действующих прямо в брюшной полости при остром</p>	
--	--	---	--

		<p>панкреатите.</p> <p>б) <i>Секвестр</i> - участок мертвой ткани, который не подвергается аутолизу, не замещается соединительной тканью и свободно располагается среди живых тканей. Секвестры обычно возникают в костях при воспалении костного мозга - остеомиелите. Вокруг такого секвестра образуются секвестральная капсула и полость, заполненная гноем. Нередко секвестр выходит из полости через свищи, которые закрываются лишь после полного его выделения. Секвестрируются и мягкие ткани (например, участки некроза легкого, пролежня); такие</p>	
--	--	--	--

		<p>секвестры, как правило, быстро расплавляются.</p> <p>7) <i>Инфаркт</i> (от лат. <i>infarcire</i> - начинять, набивать) - это сосудистый (ишемический) некроз, следствие и крайнее выражение ишемии. Инфаркт - самый частый вид некроза.</p> <p>Исход некроза. При благоприятном исходе вокруг омертвевших тканей возникает реактивное воспаление, которое ограничивает мертвую ткань. Такое воспаление называется <i>демаркационным</i>, а зона отграничения - <i>демаркационной зоной</i>. В этой зоне кровеносные сосуды расширяются,</p>	
--	--	---	--

		<p>возникают полнокровие, отек, появляется большое число лейкоцитов, которые высвобождают гидролитические ферменты и расплавляют (рассасывают) некротические массы. Вслед за этим размножаются клетки соединительной ткани, которая замещает или обрастает участок некроза. При замещении мертвых масс соединительной тканью говорят об их <i>организации</i>. На месте некроза в таких случаях образуется <i>рубец</i>. Обрастание участка некроза ведет к его <i>инкапсуляции</i> (рис. 52). В мертвые массы при сухом некрозе и в очаг омертвения, подвергшийся</p>	
--	--	--	--

		<p>организации, могут откладываться соли кальция. В этом случае развивается <i>обызвествление</i> (<i>петрификация</i>) очага некроза. В некоторых случаях в участке омертвения отмечается образование кости - <i>оссификация</i>. При рассасывании тканевого детрита и формировании капсулы, что встречается обычно при влажном некрозе и чаще всего в головном мозге, на месте омертвения появляется полость - киста.</p> <p>Неблагоприятный исход некроза - <i>гнойное расплавление очага омертвения</i>. Такого гнойное расплавление инфарктов при сепсисе</p>	
--	--	--	--

		<p>(такие инфаркты называют септическими). В исходе некроза на ранних этапах внутриутробного развития возникает порок органа, части тела.</p> <p>Значение некроза. Оно определяется его сущностью - «местной смертью», поэтому некроз жизненно важных органов нередко ведет к смерти. Таковы инфаркты миокарда, ишемические некрозы головного мозга, некрозы коркового вещества почек, прогрессирующий некроз печени, острый панкреонекроз. Нередко омертвление</p>	
--	--	--	--

		<p>ткани является причиной тяжелых осложнений многих заболеваний (разрыв сердца при миомаляции, параличи при гипертоническом инсульте, инфекции при массивных пролежнях и т.д.), а также интоксикации в связи с воздействием на организм продуктов тканевого распада (например, при гангрене конечности). Гнойное расплавление очага омертвения может быть причиной гнойного воспаления серозных оболочек, кровотечения, сепсиса. При так называемом благоприятном исходе некроза его последствия бывают</p>	
--	--	--	--

		<p>весьма значительными, если он имел место в жизненно важных органах (киста в головном мозге, рубец в миокарде).</p>	
2.	<p>Анемии. Определение и классификация. Острые и хронические анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические): причины, клиничко-морфологическая характеристика, диагностика. Анемии вследствие повышенного кроверазрушения (гемолитические): наследственные, приобретенные, аутоиммунные, изоиммунные, смешанного генеза. Классификация, патогенез, диагностика, клиничко-морфологическая характеристика, причины смерти. Гиперспленизм.</p>	<p>1) <u>Анемия (малокровие)</u> – состояние, характеризующееся уменьшением числа эритроцитов или содержания гемоглобина, или того и другого в единице объема крови.</p> <p><u>Этиология и патогенез анемий:</u></p> <p>а) кровопотеря в случае, если убыль эритроцитов превышает регенераторные возможности красного</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

		<p>костного мозга</p> <p>б) эндогенные и экзогенные факторы, приводящие к гемолизу</p> <p>в) дефицит необходимых для кроветворения веществ (В₁₂, фолиевой кислоты, железа), неусвоение их костным мозгом → анемии вследствие недостаточности эритропоэтической функции костного мозга</p> <p><u>2) Классификация:</u></p> <p>1. В зависимости от морфологии эритроцитов:</p> <ul style="list-style-type: none">-макроцитарные-микроцитарные-нормоцитарные	
--	--	--	--

		<p>2. В зависимости от величины цветового показателя:</p> <ul style="list-style-type: none"> -гиперхромные -гипохромные -нормохромные <p>3. По течению:</p> <ul style="list-style-type: none"> -острые -хронические <p>4. По этиологии и патогенезу:</p> <p>а) Вследствие кровопотерь (постгеморрагические). Причина: травма, аррозия сосуда опухолью, некрозом, воспалением.</p> <p>б) Вследствие усиленного кроворазрушения (гемолиза):</p> <p>1) эндогенного</p>	
--	--	--	--

		<p>происхождения – внутриклеточные аномалии эритроцитов – наследственные и приобретенные (наследственные эритропатии, энзимопатии, гемоглобинопатии)</p> <p>2) экзогенного происхождения</p> <p>в) Вследствие нарушенного кровообразования</p> <p>1) нарушения процессов пролиферации и дифференцировки стволовой клетки (гипо- и апластические) (воздействие радиации, лекарств, наследственные анемии Фанкони и Эрлиха, у</p>	
--	--	---	--

		<p>больных ХПН при недостатке эритропоэтина)</p> <p>2) нарушения процессов пролиферации и созревания эритробластов (мегалобластическая анемия Аддисона-Бирмера, дефицит синтеза гема, глобина)</p> <p>3) <u>Общая морфологическая характеристика анемий:</u></p> <p>-гиперплазия красного костного мозга, метаплазия желтого</p> <p>-появление очагов экстрамедуллярного кроветворения в печени, селезенке, л.у. и др. органах</p> <p>-геморрагический диатез</p> <p>-жировая дистрофия</p>	
--	--	---	--

		<p>паренхиматозных органов (признак гипоксии) -желтуха 4) <u>Причины</u> острой постгеморрагической анемии: массивное кровотечение (при разрыве маточной трубы, язве желудка, ветви легочной артерии, аневризме аорты).</p> <p>Повреждение аорты → потеря 1 л крови → смерть вследствие резкого падения АД и дефицита наполнения полостей сердца.</p> <p>Повреждение более мелких сосудов → потеря более половины крови → смерть от острой сердечной недостаточности при</p>	
--	--	--	--

		<p>выраженном малокровии внутренних органов.</p> <p><u>Патоморфология острой постгеморрагической анемии:</u></p> <p>-бледность кожных покровов и внутренних органов (острое малокровие) -бледно-красный костный мозг плоских костей</p> <p>5) <u>Причины хронической постгеморрагической анемии: длительная кровопотеря при</u></p> <p>-опухолях, расширенных геморроидальных венах -кровотечении из полости матки, язвы желудка -гемофилии, выраженном геморрагическом</p>	
--	--	--	--

		<p>синдроме <u>Патоморфология</u> <u>хронической</u> <u>постгеморрагической</u> <u>анемии:</u></p> <p>-бледность кожных покровов, малокровие внутренних органов -жировая дистрофия миокарда, печени -выраженный геморрагический синдром (множественные точечные кровоизлияния в серозных и слизистых оболочках, во внутренних органах) -костный мозг плоских и трубчатых костей ярко-красный -очаги экстрамедуллярного кроветворения</p>	
3.	Инфекция. Понятие. Инфекционная болезнь, возбудитель, инфицирование, носительство,	Инфекционными называют болезни, вызываемые	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия:

	<p>вирулентность. агенты экзопаразиты): методы их выявления. Взаимодействие макроорганизма и инфекционных агентов. Механизмы инфицирования, патогенного воздействия и уклонения инфекционных агентов от защитных сил организма.</p>	<p>Инфекционные (эндопаразиты, классификация, классификация, При внедрении в организм простейших и глистов говорят об инвазионных заболеваниях. Некоторые инфекционные заболевания в настоящее время ликвидированы, однако многие, особенно вирусные, представляют еще значительную угрозу населению. Кроме того, сохранились еще эндемические очаги ряда инфекционных болезней, которые при скорости, присущей современным средствам передвижения, могут легко переноситься в другие страны. Инфекционный процесс очень</p>	<p>инфекционными агентами - вирусами, бактериями, грибами. руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
--	---	--	---

		<p>сложный, и его развитие определяют как особенности возбудителя, так и реактивное состояние макроорганизма.</p> <p>Особенности микроорганизма - возбудителя инфекционного заболевания - определяются не только его строением, химической структурой, антигенными свойствами, но и характером взаимодействия с организмом хозяина. Результат этого взаимодействия в значительной мере зависит от состояния систем защиты организма - фагоцитарной (нейтрофилы и моноцитарные фагоциты) и</p>	
--	--	---	--

		<p>иммунной, особенно системы гуморального иммунитета.</p> <p>Сосуществование микро- и макроорганизма может быть 3 видов: 1) симбиоз - сосуществование микроба и макроорганизма в интересах каждого (например, кишечная палочка в кишечнике); 2) комменсализм (от франц. commensal - сотрапезник), при котором микроб и макроорганизм не оказывают взаимного влияния друг на друга; 3) паразитизм - жизнь микроба за счет макроорганизма, что ведет к развитию болезни. Под влиянием различных экзогенных и эндогенных факторов взаимоотношения между микро- и</p>	
--	--	--	--

		<p>макроорганизмом могут быть нарушены в пользу микроорганизма, который приобретает патогенные свойства. В этих условиях индифферентный комменсал, или безвредный симбионт, становится паразитом и вызывает заболевание. Такие ситуации возникают при лечении многими препаратами, но прежде всего антибиотиками, которые нарушают установившееся равновесие микробной флоры. Инфекционная болезнь может быть и результатом ослабления фагоцитарной и иммунной систем организма, что встречается, например, при лечении</p>	
--	--	---	--

		<p>иммунодепрессантами и цитостатическими средствами.</p> <p>Большинство возбудителей болезней попадает в организм человека из внешней среды через входные ворота, например через кишечник, с пищей, через легкие с вдыхаемым воздухом, при укусах насекомых, через поврежденную кожу или слизистые оболочки и т.д. В таких случаях говорят об экзогенной инфекции.</p> <p>Однако заражение может быть эндогенным, тогда речь идет об эндогенной инфекции, или аутоинфекции.</p> <p>Различные инфекционные агенты вызывают разные тканевые реакции, что особенно демонстративно при</p>	
--	--	---	--

		<p>бактериальных и вирусных инфекциях. Бактерии, проникнув в ткани, вызывают обычно воспаление. Вирусы, подчиняя клетки хозяина механизму своего размножения (репродукции), могут вести к дистрофии и некрозу клеток, а также к их пролиферации и трансформации; воспалительная реакция в значительной мере вторична. При инфекционном процессе независимо от характера возбудителя появляются иммунные реакции, направленные на разрушение и элиминацию инфекта. Циркулирующие в крови антитела образуются в ответ на антигенную</p>	
--	--	---	--

		<p>стимуляцию иммунной системы. Соединения антигена с антителом в присутствии комплемента производят антимикробное и антитоксическое действие, обеспечивающее послеинфекционный гуморальный иммунитет. В то же время длительное антигенное воздействие при инфекционном заболевании ведет к сенсibilизации организма, появлению реакций гиперчувствительности как немедленного, так и замедленного (аллергические реакции) типа. Из этого следует, что тканевые повреждения при инфекционных заболеваниях могут</p>	
--	--	---	--

		<p>развиваться не только под воздействием инфекта, но и в связи с реакциями гиперчувствительности .</p> <p>Клинико-морфологическая характеристика. Для инфекционных заболеваний характерен ряд общих признаков:</p> <p>1. Каждое инфекционное заболевание имеет своего возбудителя, который выявляется в крови или экскретах больного.</p> <p>2. Возбудитель инфекционной болезни имеет входные ворота, характерные для каждой инфекции.</p> <p>3. При инфекционной болезни наблюдается образование первичного аффекта</p>	
--	--	--	--

		<p>(очага), который обычно появляется во входных воротах. Первичный аффект представляет собой очаг воспаления. При лимфогенном распространении инфекции возникает воспаление как отводящих лимфатических сосудов (лимфангит), так и регионарных лимфатических узлов(лимфаденит). Сочетание первичного аффекта, лимфангита и лимфаденита при инфекционном заболевании позволяет говорить о первичном инфекционном комплексе. При одних инфекциях он выражен (туберкулез, сифилис, туляремия), при других - фактически не возникает, процесс сразу принимает</p>	
--	--	--	--

		<p>генерализованный характер (сыпной и возвратный тифы, малярия).</p> <p>4.Путь распространения инфекции из первичного очага или комплекса может быть лимфогенным, гематогенным, интраканаликулярным, периневральным или контактным.</p> <p>5.Каждая инфекционная болезнь характеризуется местными изменениями, которые развиваются в определенной ткани или органе (в толстой кишке при дизентерии, в клетках передних рогов спинного мозга при полиомиелите, в стенках мелких сосудов при сыпном тифе) и в той или иной степени типичны для</p>	
--	--	---	--

		<p>данной болезни.</p> <p>6. При инфекционных болезнях развивается ряд общих изменений: кожные высыпания, васкулиты, гиперпластические процессы в лимфатических узлах, селезенке, костном мозге, воспалительные процессы в межуточной ткани и дистрофические изменения в паренхиматозных органах.</p> <p>Инфекционная болезнь чаще протекает циклически. В ее течении выделяют инкубационный, продромальный периоды и период основных проявлений болезни (фазы нарастания симптомов болезни, разгара и ее угасания).</p> <p>Инфекционное</p>	
--	--	--	--

		<p>заболевание может закончиться выздоровлением, принять хроническое течение, быть причиной бациллоносительства. Очень часто она сопровождается различными осложнениями, которые могут стать причиной смерти.</p> <p>Классификация. Инфекционные болезни разделяют по нескольким признакам. По биологическому признаку:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) антропонозы - инфекционные болезни, встречающиеся только у человека; 2) антропозонозы - инфекционные болезни, возникающие у человека и животных; 	
--	--	--	--

		<p>3) биоценозы - группа антропонозов и антропозоонозов, передающихся через укусы насекомых, являющихся местом размножения возбудителя.</p> <p>По этиологическому признаку:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вирусные инфекции; 2) риккетсиозы; 3) бактериальные инфекции; 4) грибковые; 5) протозойные; 6) паразитарные. <p>Инфекции могут быть экзогенными или эндогенными. В дальнейшем все инфекционные болезни будут описаны по этиологическому признаку.</p> <p>По механизму передачи: 1) кишечные инфекции, возникающие при попадании инфекта в</p>	
--	--	---	--

		<p>пищеварительный тракт через рот; 2) инфекции дыхательных путей, передающиеся воздушно-капельным путем;</p> <p>3) «кровяные инфекции» (трансмиссивные), передающиеся через кровососущих членистоногих;</p> <p>4) инфекции наружных покровов, клетчатки и мышц тела (заражение происходит через воздействие каких-либо инфицированных факторов внешней среды; травма инфицированным предметом);</p> <p>5) инфекции с различными механизмами передачи.</p> <p>По характеру клинико-анатомических проявлений различают инфекции с</p>	
--	--	--	--

		<p>преимущественным поражением:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) покровов (кожи и ее придатков, наружных слизистых оболочек), клетчатки и мышц тела; 2) дыхательных путей; 3) пищеварительного тракта; 4) нервной системы; 5) сердечнососудистой системы; 6) системы крови и других тканей внутренней среды организма; 7) мочеполовых путей. <p>По характеру течения различают инфекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые; 2) хронические; 3) латентные (скрытые); 4) медленные. <p>Механизмы уклонения микроорганизмов от системы иммунологического надзора. Все микроорганизмы</p>	
--	--	--	--

		<p>различаются по своей способности вызывать инфекционный процесс у человека и животных, то есть по патогенности.</p> <p>Патогенность или болезнетворность является видовым признаком и представляет собой потенциальную возможность микроорганизма вызывать заболевание в чувствительном к нему макроорганизме.</p> <p>Патогенность специфична по проявлениям инфекционного процесса, закреплена генетически и обуславливается способностью микроорганизмов образовывать токсины, ферменты агрессии и рецепторы к клеткам-мишеням.</p>	
--	--	---	--

		<p>Вирулентность - степень патогенности, является индивидуальным фенотипическим признаком каждого отдельного штамма патогенного микроорганизма и измеряется минимальными смертельными дозами. Высоковирулентные микроорганизмы даже в малых дозах могут вызвать заболевание со смертельным исходом у иммунологически здоровых индивидуумов, а условно-патогенные - лишь при иммуносупрессивных состояниях и большой дозе инфекта. Вирулентность патогенных микроорганизмов связана со способностью</p>	
--	--	--	--

		<p>прикрепляться к чувствительным клеткам хозяина (адгезия), размножаться на поверхности (колонизация), проникать в эти клетки (пенетрация) или подлежащие ткани (инвазия), преодолевать неспецифические и специфические факторы иммунитета (агрессия), а также способностью образовывать экзотоксины (токсигенность). Взаимоотношения иммунной системы и микроба. Взаимодействие между человеком и паразитом может либо не иметь последствий, либо привести к колонизации человека паразитом, что</p>	
--	--	--	--

		<p>проявляется широким спектром клинических вариантов инфекционного процесса: - по тяжести: от субклинического течения инфекции до заболевания с выраженными симптомами, вплоть до молниеносных форм, приводящих к смерти; по течению - от abortивного до хронического. Факторы, определяющие форму и течение инфекционного процесса, зависят от микроорганизма (доза, патогенность, вирулентность и др.) и от состояния макроорганизма (возраст, общее состояние здоровья, состояния иммунной системы). Способность организма</p>	
--	--	--	--

		<p>противостоять различным микробам обусловлена двумя механизмами: развитием специфического иммунного ответа к отдельным антигенам на основе гуморальных и клеточных факторов и неспецифической противоинфекционной резистентностью, которая сразу направлена против множества инфекционных агентов.</p>	
4.	<p>Эхинококкоз. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>Эхинококкоз (от греч. echinos – еж, kokkos – зерно) – гельминтоз из группы цестодозов, характеризующийся образованием эхинококковых кист в различных органах. Этиология, эпидемиология и патогенез. Наибольшее значение в</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,</p>

		<p>патологии человека и животных имеют Echinococcus granulosus, вызывающий гидатидозную форму эхинококкоза, и Echinococcus multilocularis, вызывающий альвеолярную форму эхинококкоза, или альвеококкоз. Гидатидозный эхинококкоз встречается чаще, чем альвеококкоз. В развитии гидатидозного эхинококкоза у человека большая роль принадлежит облигатному хозяину половозрелого ленточного червя: в природе – плотоядным животным (волки, шакалы и др.), в культурных очагах – собаке. У них паразит</p>	<p>2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
--	--	--	--

		<p>обитает в кишечнике. Личинка альвеококка, отличающаяся от личинки гидатидозного эхинококка, обнаруживается у грызунов и человека. Охота и скотоводство на пастбищах, загрязненных фекалиями зараженных хищников, приводят к заражению скота (коровы, олени и др.), поедающего загрязненную траву, и собак, которым скормливают внутренности убитых диких животных. Это обуславливает появление смешанных очагов инвазии. Заражение человека происходит в очагах инвазии при тесном контакте с зараженными собаками, при разделке туш пораженных</p>	
--	--	--	--

		<p>животных, пользовании загрязненными природными водоисточниками.</p> <p>При гидатидозном эхинококкозе в органах появляются пузыри (или один пузырь) той или иной величины (от ореха до головы взрослого человека). Они имеют беловатую слоистую хитиновую оболочку и заполнены прозрачной бесцветной жидкостью. В жидкости белок отсутствует, но содержится янтарная кислота. Из внутреннего герминативного слоя оболочки пузыря возникают дочерние пузыри со сколексами. Эти дочерние пузыри заполняют камеру материнского пузыря (однокамерный</p>	
--	--	--	--

		<p>эхинококк). Ткань органа, в котором развивается однокамерный эхинококк, подвергается атрофии. На границе с эхинококком разрастается соединительная ткань, образуя вокруг пузыря капсулу. В капсуле обнаруживаются сосуды с утолщенными стенками и очаги клеточной инфильтрации с примесью эозинофилов. В участках капсулы, прилегающей непосредственно к хитиновой оболочке, появляются гигантские клетки инородных тел, фагоцитирующие элементы этой оболочки. Чаще эхинококковый пузырь обнаруживается в печен</p>	
--	--	---	--

		<p>и, легких, почках, реже – в других органах.</p> <p>При альвеококкозе онкосферы дают начало развитию сразу нескольких пузырей, причем вокруг них появляются очаги некроза. В пузырях альвеококкоза образуются выросты цитоплазмы, и рост пузырей происходит путем почкования наружу, а не внутрь материнского пузыря, как это имеет место при однокамерном эхинококке. В результате этого при альвеококкозе образуются все новые и новые пузыри, проникающие в ткань, что ведет к ее разрушению. Поэтому альвеококк называют также многокамерным эхинококком.</p> <p>Следовательно, рост</p>	
--	--	--	--

		<p>альвеококка имеет инфильтрирующий характер и подобен росту злокачественного новообразования. Выделяющиеся из пузырьков токсические вещества вызывают в окружающих тканях некроз и продуктивную реакцию. В грануляционной ткани много эозинофилов и гигантских клеток инородных тел, фагоцитирующих оболочки погибших пузырьков. При эхинококкозе осложнения чаще связаны с ростом пузыря в печени или метастазами альвеококка. Возможно развитие амилоидоза.</p>	
5.	<p>Миокардит. Определение понятия, этиология. Вирусные, микробные и паразитарные миокардиты. Пато- и морфогенез, клинико-</p>	<p>Миокардит – воспаление миокарда, т. е. мышцы сердца.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В.</p>

	<p>морфологическая характеристика, исходы, причины смерти. Заболевания миокарда, обусловленные токсическими (алкоголь, лекарства, катехоламины), метаболическими другими воздействиями.</p>	<p>Миокардит – воспаление миокарда, постоянно наблюдающееся при ревматизме. Выделяют 3 его формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. узелковый продуктивный (гранулематозный); 2. диффузный межучочный экссудативный; 3. очаговый межучочный экссудативный. <p>Узелковый продуктивный (гранулематозный) миокардит характеризуется образованием в периваскулярной соединительной ткани миокарда</p>	<p>В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	---	--	--

		<p>ревматических гранулем (специфический ревматический миокардит – см. рис. 167). Гранулемы, распознающиеся только при микроскопическом исследовании, рассеяны по всему миокарду, наибольшее их число встречается в ушке левого предсердия, в межжелудочковой перегородке и задней стенке левого желудочка. Гранулемы находятся в различных фазах развития. «Цветущие («зрелые») гранулемы наблюдаются в период атаки ревматизма, «увядающие» или «рубцующиеся» – в</p>	
--	--	---	--

		<p>период ремиссии. В исходе узелкового миокардита развивается периваскулярный склероз, который усиливается по мере прогрессирования ревматизма и может приводить к выраженному кардиосклерозу.</p> <p>Диффузный межучочный экссудативный миокардит, описанный М. А. Скворцовым, характеризуется отеком, полнокровием интерстиция миокарда и значительной инфильтрацией его лимфоцитами, гистиоцитами, нейтрофилами и эозинофилами. Ревматические</p>	
--	--	---	--

		<p>гранулемы встречаются крайне редко, в связи с чем говорят о неспецифическом диффузном миокардите. Сердце становится очень дряблым, полости его расширяются, сократительная способность миокарда в связи с развивающимися в нем дистрофическими изменениями резко нарушается. Эта форма ревматического миокардита встречается в детском возрасте и довольно быстро может заканчиваться декомпенсацией и гибелью больного. При благоприятном исходе в миокарде развивается диффузный</p>	
--	--	---	--

		<p>кардиосклероз.</p> <p>Очаговый межучочный экссудативный миокардит характеризуется незначительной очаговой инфильтрацией миокарда лимфоцитами, гистиоцитами и нейтрофилами. Гранулемы образуются редко. Эта форма миокардита наблюдается при латентном течении ревматизма.</p> <p>При всех формах миокардита встречаются очаги повреждения и некролиза мышечных клеток сердца. Такие изменения</p>	
--	--	--	--

		<p>сократительного миокарда могут быть причиной декомпенсации даже в случаях с минимальной активностью ревматического процесса.</p> <p>Патологическая анатомия</p> <p>Сердце увеличено в размерах, дряблое, полости растянуты. Мышцы на разрезе пестрые, клапаны интактны. Выделяют 4 морфологические формы:</p> <p>1) дистрофический, или деструктивный, тип характеризуется гидропической дистрофией и лизисом</p>	
--	--	---	--

		<p>кардиоцитов;</p> <p>2) воспалительно-инфильтративный тип представлен серозным отеком и инфильтрацией стромы миокарда разнообразными клетками – нейтрофилами, лимфоцитами, макрофагами и др.; дистрофические изменения развиты умеренно;</p> <p>3) смешанный тип – это сочетание двух вышеописанных типов миокардита;</p> <p>4) сосудистый тип характеризуется преобладанием поражения сосудов васкулитами.</p>	
--	--	---	--

		В других органах отмечается застойное полнокровие, дистрофические изменения паренхиматозных элементов, тромбоэмболии сосудов, инфаркты и кровоизлияния в легких, головном мозге, почках, кишечнике, селезенке и т. д.	
--	--	---	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	1 - методы патолого-анатомических исследований и патолого-анатомических терминов;
---	---

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СЕЛЕКТИВНАЯ ДЛЯ ГЛИКОГЕНА ОКРАСКА 1) судан III 2) пикрофуксин 3) ШИК-реакция 4) реакция Перлса 5) по Цилю—Нильсену 6) серебрение по Косее 7) толуидиновый синий 8) гематоксилин и эозин	3) ШИК-реакция	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	СЕЛЕКТИВНАЯ ДЛЯ ЛИПИДОВ ОКРАСКА 1) судан III	1) судан III	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник

	<p>2) пикрофуксин 3) ШИК-реакция 4) реакция Перлса 5) по Цилю—Нильсену 6) серебрение по Косее 7) толуидиновый синий 8) гематоксилин и эозин</p>		<p>/ А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
	<p>Выберите несколько правильных ответов</p>		
<p>1.</p>	<p>СИНОНИМЫ ТЕРМИНА "ПЕРВИЧНО-СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА"</p> <p>1) мелкобугристая 2) большая пестрая 3) атеросклеротический нефросклероз 4) артериосклеротический нефросклероз</p>	<p>3) атеросклеротический нефросклероз 4) артериосклеротический нефросклероз</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст:</p>

			электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	<p>ГИСТОЛОГИЧЕСКИ У НЕКРОТИЗИРОВАННЫХ КЛЕТОК</p> <p>1) ядра окрашиваются эозином сильнее</p> <p>2) цитоплазма менее базофильна, чем обычно</p> <p>3) ядра окрашиваются гематоксилином слабее</p> <p>4) ядра окрашиваются гематоксилином сильнее</p> <p>5) цитоплазма более эозинофильна, чем обычно</p> <p>6) цитоплазма окрашивается гематоксилином сильнее</p>	<p>4) ядра окрашиваются гематоксилином сильнее</p> <p>5) цитоплазма более эозинофильна, чем обычно</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. СЕЛЕКТИВНАЯ ДЛЯ ЛИПИДОВ ОКРАСКА</p> <p>2. СЕЛЕКТИВНАЯ ДЛЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ОКРАСКА</p> <p>А. судан III</p> <p>Б. по Цилю—Нильсену</p>	<p>1А</p> <p>2Б</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и</p>

			доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704- 6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Больной 50 лет, шахтер. Поступил в клинику профессиональных болезней с жалобами на кашель с мокротой, одышку, иногда кровохарканье, боли в груди. При рентгенологическом исследовании в легких найдены множественные мелкоочаговые	1.Силикоз легких 2.Узелковая 3.Силикотические узелки 4.Узелки построены из концентрически расположенных коллагеновых волокон	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. —

	<p>затемнения на фоне эмфиземы, гипертрофия правого сердца.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании идет речь? 2. Какая форма этого заболевания имеет место в данном случае? 3. Какие образования, возникающие в легких, патогномоничны для этой болезни? 4. Какое микроскопическое строение имеют эти образования? 5. С каким химическим соединением связывают развитие этих образований? 	<p>вокруг сосудов 5. Двуокись кремния</p>	<p>79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
7.	<p>У больного, страдавшего в течение 15 лет гипертонической болезнью, в последнее время появились жалобы на слабость, быструю утомляемость, полиурию. При обследовании выявлены: белок в моче, значительное повышение содержания креатинина в крови. Больной умер при нарастающих явлениях аутоинтоксикации от хронической почечной недостаточности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая клиничко-морфологическая форма гипертонической болезни имеет место? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Почечная 2. Артериолосклеротический нефроцирроз (первично-сморщенные почки) 3. Уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, мозговой и корковый слой истончены 4. Азотемическая уремия 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL:

	<p>2. Как называется патологический процесс, развившийся в почках?</p> <p>3. Как макроскопически выглядели почки на секции?</p> <p>4. Как называется состояние аутоинтоксикации при нарастающей почечной недостаточности?</p>		<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
8.	<p>У больного, многие годы страдавшего атеросклерозом и перенесшего ранее инфаркт миокарда, развился длительный приступ за грудиной болей. Больной госпитализирован. Через 3 дня после госпитализации возникает внезапное расширение границ сердца влево, появляется пульсация сердца в области верхушки. На фоне прогрессирующей сердечной недостаточности - правосторонняя гемиплегия.</p> <p>1. Какое заболевание можно предположить в данном случае?</p> <p>2. Какое заболевание следует считать фоновым?</p> <p>3. О каком осложнении со стороны сердца можно думать?</p> <p>4. С чем можно связать развитие гемиплегии?</p>	<p>1. Повторный инфаркт миокарда</p> <p>2. Атеросклероз</p> <p>3. Острая аневризма сердца, пристеночный тромб</p> <p>4. С тромбоэмболией сосудов мозга и развившимся вследствие этого инфаркта мозга</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

9.	<p>Больной в течение многих лет страдал бронхоэктатической болезнью. В течение последних лет развился нефротический синдром с быстрым прогрессированием почечной недостаточности, которую не удалось купировать. Смерть наступила от уремии. При вскрытии: почки несколько увеличены в размерах, плотные, кора белая, пирамиды красные; на разрезе ткань имеет салтный вид.</p> <p>1. Какое «второе» заболевание осложнило бронхоэктатическую болезнь?</p> <p>2. Для какой стадии этого заболевания характерны макроскопические изменения, ее название?</p> <p>3. Дайте микроскопическую характеристику почек в этой стадии?</p> <p>4. Как называют почки в эту стадию заболевания?</p>	<p>1. Амилоидоз почек 2. Уремическая стадия 3. Клубочки замещены амилоидом, амилоид располагается также в стенках сосудов, базальных мембранах канальцев, в строме пирамид. Жировая дистрофия эпителия канальцев, склероз стромы. Амилоидно-сморщенные почки</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html</p>
10.	<p>Больной длительно страдал язвенной болезнью желудка с периодическими обострениями. Внезапно появилась резкая боль в</p>	<p>1. перфорация (прободение). 2. на дне язвы обнаружены слои:</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М.</p>

	<p>подложечной области с иррадиацией в плечо, холодный пот, бледность кожных покровов.</p> <p>При пальпации отмечено резкое напряжение мышц передней стенки живота.</p> <p>1. Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного?</p> <p>2. Какова микроскопическая характеристика язвы в период обострения?</p> <p>3. Чем объяснить напряжение мышц живота?</p>	<p>фибринозно-гнойный экссудат, фибриноидный некроз, грануляционная ткань, рубцовая ткань.</p> <p>3.перитонит (воспаление брюшины)</p>	<p>Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Пиелонефрит и инфекции мочевыводящих путей. Определение, классификация. Этиологические и предрасполагающие фактор, пути распространения инфекции в почках. Острый пиелонефрит. Определение, этиология, предрасполагающие заболевания и патогенез, морфологическая характеристика, осложнения.</p>	<p>Пиелонефрит – инфекционное заболевание, при котором в процесс вовлекаются почечная лоханка, ее чашечки и вещество почек с преимущественным поражением межуточной ткани. В</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. -</p>

		<p>связи с этим пиелонефрит является интерстициальным (межуточным) нефритом. Он может быть одно- и двусторонним. На основании клинικο-морфологических данных различают острый и хронический пиелонефрит, который имеет обычно рецидивирующее течение в виде атак острого пиелонефрита.</p> <p><u>Этиология</u></p> <p>Пиелонефрит – инфекционное заболевание. Возбудителями его могут быть различные инфекции (кишечная палочка, энтерококк, стрептококк, стафилококк, протей и</p>	<p>ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	--

		<p>др.), однако в большинстве случаев – ки-шечная палочка. Чаще микробы заносятся в почки восходящим путем из мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала (урогенный восходящий пиелонефрит). Урогенному восхождению инфекции способствуют дискинезия мочеточников и лоханки, повышение внутрилоханочного давления (везикоренальный и пиелоренальный рефлюксы), а также обратное всасывание содержимого лоханок</p>	
--	--	---	--

		<p>в вены мозгового вещества почек (пиеловенозный рефлюкс).</p> <p>Восходящий пиелонефрит нередко осложняет те заболевания мочеполовой системы, при которых затруднен отток мочи (камни и стриктуры мочеточников, стриктуры мочеиспускательного канала, опухоли мочеполовой системы), поэтому он часто развивается и во время беременности.</p> <p>Инфекционные агенты могут проникать в почку, в том числе и лоханку, с током крови (гематогенный нисходящий</p>	
--	--	---	--

		<p>пиелонефрит). Такой путь возникновения пиелонефрита наблюдается при многих инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, грипп, ангина, сепсис). Возможен и лимфогенный занос инфекции в почки (лимфогенный пиелонефрит), источником инфекции в этих случаях являются толстая кишка и половые органы.</p> <p>Для развития пиелонефрита недостаточно лишь проникновения инфекции в почки. Его возникновение определяется реактивностью</p>	
--	--	--	--

		<p>организма и рядом местных причин, обуславливающих нарушение оттока мочи и мочевой стаз. Этими же причинами объясняется возможность рецидивирующего хронического течения болезни.</p> <p>Изменения при остром и хроническом пиелонефрите различны.</p> <p>При остром пиелонефрите в разгар заболевания обнаруживаются полнокровие и лейкоцитарная инфильтрация лоханки и чашечек, очаги некроза слизистой оболочки, картина фибринозного пиелита.</p>	
--	--	--	--

		<p>Межуточная ткань всех слоев почки отекает, инфильтрирована лейкоцитами; нередко множественные милиарные абсцессы, кровоизлияния.</p> <p>Канальцы в состоянии дистрофии, просветы их забиты цилиндрами из слущенного эпителия и лейкоцитов.</p> <p>Процесс имеет очаговый или диффузный характер.</p> <p>Почка (почки) увеличена, ткань набухшая, полнокровная, капсула легко снимается.</p> <p>Полости лоханок и чашечек расширены, заполнены мутной мочой или гноем, их слизистая оболочка тусклая, с очагами</p>	
--	--	---	--

		<p>кровоизлияний. На разрезе почечная ткань пестрая, желто-серые участки окружены зоной полнокровия и геморрагий, встречаются абсцессы.</p> <p>Осложнения. При остром пиелонефрите прогрессирование гнойного процесса ведет к слиянию крупных абсцессов и образованию карбункула почки, сообщению гнойных полостей с лоханкой (пионефроз), переходу процесса на фиброзную капсулу (перинефрит) и околопочечную клетчатку (паранефрит). Острый пиелонефрит может осложниться некрозом сосочков пирамид</p>	
--	--	--	--

		<p>(папилонекроз), развивающимся в результате токсического действия бактерий в условиях мочевого стаза. Это осложнение пиелонефрита встречается чаще у больных диабетом.</p> <p>Исход.</p> <p>При остром пиелонефрите исходом обычно является выздоровление. Тяжелые его осложнения (пионефроз, сепсис, папилонекроз) могут быть причиной смерти.</p>	
7.	<p>Методы исследования в патологической анатомии. Аутопсия. Значение изучения трупного материала, субстратов, полученных от больных при жизни,</p>	<p>Объектами изучения патологической анатомии являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • трупы лиц, 	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред.</p>

	<p>экспериментального материала.</p>	<p>умерших от болезней, а в военное время – и от боевой травмы;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ткани, взятые от живых лиц при хирургических вмешательствах и пункциях (сюда относят исследования материала, взятого с диагностической целью – диагностические биопсии, а также исследования операционного материала с целью проверки и уточнения клинического диагноза); • ткани, взятые от животных с экспериментально вызванным патологическим 	<p>В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--------------------------------------	--	--

		<p>процессом.</p> <p>Методы изучения патологической анатомии можно разделить на две группы: основные и дополнительные.</p> <p>К основным морфологическим методам исследования относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> – макроскопический (осмотр и изучение невооруженным глазом); – микроскопический. <p>Дополнительными методами исследования являются химический (гистохимия,</p>	
--	--	--	--

		<p>иммуногистохимия и др.), физический (гистоауторадиография, рентгенография, рентгенструктурный анализ, УЗИ и др.), биологический (бактериологические, гематологические методики, метод тканевых культур и др.).</p> <p style="text-align: center;">Аутопсия (вскрытие умерших)</p> <p>Слово "аутопсия" означает в переводе "смотреть кого-либо". Значение вскрытий велико, и они используются для:</p> <p>– научно-познавательного процесса. Именно благодаря вскрытиям</p>	
--	--	--	--

		<p>был выявлен морфологический субстрат и динамика развития большинства заболеваний, созданы предпосылки для современных классификаций заболеваний;</p> <p>– контроля качества постановки диагноза и лечения;</p> <p>– обучения студентов и клиницистов;</p> <p>– выявления инфекционных заболеваний и проведения соответствующих санитарно-эпидемиологических мероприятий;</p> <p>– определения</p>	
--	--	--	--

		<p>танатогенеза: в случаях обнаружения признаков насильственной смерти вскрытие приобретает значение судебно-медицинского;</p> <p>– обнаружения и изучения впервые выявленных заболеваний.</p> <p>Цитологический метод.</p> <p>Исследования при помощи световой микроскопии мазков, отпечатков, соскобов, препаратов, приготовленных из отделяемого, смывов из органов крови, материала, полученного при биопсии, являются наиболее доступным, быстрым, дешевым и безопасным для</p>	
--	--	---	--

		<p>лабораторных работников методом исследования материала на наличие у больного вирусной инфекции. После нанесения материала на предметное стекло препарат высушивают, фиксируют и окрашивают. Различают методы окраски для обзорных целей, применяемые для получения общего представления о морфологии ткани или органа, и специальные, предназначенные для выявления определенных элементов клетки или ткани (например, комплекса Гольджи, митохондрий, эластических волокон соединительной ткани и т. д.).</p> <p>Ниже рассматриваются</p>	
--	--	---	--

		<p>лишь некоторые методы окрашивания для обзорных целей.</p> <p>Суть их обычно заключается в том, что при этом окрашиваются ядра и каким-то контрастным красителем — цитоплазма.</p> <p>Специальные: для липидов – Судан 3, для тубика – Циль-Нильсен.</p> <p style="text-align: center;">Микроскопия</p> <p style="text-align: center;">Световая</p> <p>микроскопия имеет ограничения: при увеличении более 1200 проявляется эффект деформации преломления для световых волн различной длины, в</p>	
--	--	---	--

		<p>результате чего изображение теряет четкость и становится размытым.</p> <p>Электронная микроскопия</p> <p>Различают три основных типа электронной микроскопии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Трансмиссионная • Сканирующая • Аналитическая электронная микроскопия <p>Иммуногистохимия</p> <p>Ценность</p>	
--	--	---	--

		<p>ИММУНОГИСТОХИМИИ</p> <p>закключается в том, что она базируется на строго специфических реакциях между диагностическими антителами и комплементарными им антигенами. При иммуногистохимическом исследовании ткань обычно обрабатывают антителами к антигену, который хотят в ней выявить. Затем ткань обрабатывают антителами к диагностическим антителам. Эти антитела содержат либо краситель, либо энзим, которые затем могут быть легко выявлены.</p> <p>С помощью данной технологии можно определять: гормоны,</p>	
--	--	--	--

		<p>рецепторы, вирусы.</p> <p>Гистохимия</p> <p>Гистохимические исследования используются для определения в тканях различных веществ. На самом деле обычная окраска гематоксилином и эозином является также гистохимическим методом. В настоящий момент разработано огромное количество красителей, специфически окрашивающих различные компоненты, входящие в состав клеток: ферменты, различные классы жиров, белки и гликопротеины,</p>	
--	--	--	--

		<p>металлы, углеводы. Например: окраска по методу Ван-Гизон на коллагеновые волокна, альциановым синим на кислые гликозаминогликаны, импрегнация солями нитрата серебра по методу Гамори на ретикулярные волокна и т.д.</p>	
8.	<p>Гистологическое исследование. Цитологическое исследование. Обычные и специальные методы окраски. Гистохимия. Иммуногистохимия. Электронная микроскопия.</p>	<p>Исследования при помощи световой микроскопии мазков, отпечатков, соскобов, препаратов, приготовленных из отделяемого, смывов из органов крови, материала, полученного при биопсии, являются наиболее доступным, быстрым, дешевым и безопасным для лабораторных</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

		<p>работников методом исследования материала на наличие у больного вирусной инфекции. После нанесения материала на предметное стекло препарат высушивают, фиксируют и окрашивают. Различают методы окраски для обзорных целей, применяемые для получения общего представления о морфологии ткани или органа, и специальные, предназначенные для выявления определенных элементов клетки или ткани (например, комплекса Гольджи, митохондрий, эластических волокон соединительной ткани и т. д.).</p> <p>Ниже рассматриваются лишь некоторые</p>	
--	--	---	--

		<p>методы окрашивания для обзорных целей.</p> <p>Суть их обычно заключается в том, что при этом окрашиваются ядра и каким-то контрастным красителем — цитоплазма.</p> <p>Специальные: для липидов – Судан 3, для тубика – Циль-Нильсен.</p> <p style="text-align: center;">Микроскопия</p> <p>Световая микроскопия имеет ограничения: при увеличении более 1200 проявляется эффект деформации преломления для световых волн различной длины, в</p>	
--	--	---	--

		<p>результате чего изображение теряет четкость и становится размытым.</p> <p>Электронная микроскопия</p> <p>Различают три основных типа электронной микроскопии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Трансмиссионная • Сканирующая • Аналитическая электронная микроскопия <p>Иммуногистохимия</p> <p>Ценность</p>	
--	--	---	--

		<p>ИММУНОГИСТОХИМИИ</p> <p>закключается в том, что она базируется на строго специфических реакциях между диагностическими антителами и комплементарными им антигенами. При иммуногистохимическом исследовании ткань обычно обрабатывают антителами к антигену, который хотят в ней выявить. Затем ткань обрабатывают антителами к диагностическим антителам. Эти антитела содержат либо краситель, либо энзим, которые затем могут быть легко выявлены.</p> <p>С помощью данной технологии можно определять: гормоны,</p>	
--	--	--	--

		рецепторы, вирусы.	
9.	Морфология повреждения. Смерть клетки - определение, классификация, морфологические проявления. Причины повреждения клеток. Механизмы повреждения клеток. Морфология повреждения и смерти клеток. Обратимые и необратимые повреждения.	Повреждение органов начинается на молекулярном или клеточном уровне, поэтому изучение патологии начинается с познания причин и молекулярных механизмов структурных изменений, возникающих в клетках при их повреждении. Структура нормальной клетки генетически направлена на осуществление определенного метаболизма, дифференцировку и специализацию. В ответ на воздействие различных факторов в клетках развивается	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922

		<p>процесс адаптации. В результате этого процесса клетки могут достигать нового устойчивого состояния, позволяющего им приспособиться к подобным воздействиям. Если лимиты адаптивного ответа клетки исчерпаны, а адаптация невозможна, то возникает повреждение клетки, до определенного предела обратимое. Однако, если неблагоприятный фактор действует постоянно или его интенсивность очень велика, развивается необратимое повреждение, или смерть, клетки.</p>	
--	--	---	--

		<p>Смерть клетки — конечный результат ее повреждения, главное следствие ишемии, инфекции, интоксикации, иммунных реакций. Кроме того, это естественное событие в процессе нормального эмбриогенеза, развития лимфоидной ткани, инволюции органа под действием гормонов, а также желаемый результат радио- и химиотерапии при раке.</p> <p>Существует два типа клеточной смерти — некроз и апоптоз. Некроз — наиболее распространенный тип смерти клетки. Он проявляется ее резким набуханием и разрывом</p>	
--	--	---	--

		<p>клеточной мембраны, денатурацией и коагуляцией цитоплазматических белков, разрушением клеточных органелл. Апоптоз необходим для нормальной элиминации ненужных клеточных популяций в процессе эмбриогенеза и при различных физиологических процессах. Апоптоз встречается и при патологических процессах; в этом случае он сопровождается некрозом.</p> <p>ПРИЧИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК</p> <p>Различают следующие причины повреждения</p>	
--	--	--	--

		<p>клеток.</p> <p>1. Гипоксия. Она является исключительно важной и распространенной причиной повреждения и смерти клеток. Уменьшение кровотока (ишемия), возникающее при появлении препятствий в артериях, обычно при атеросклерозе или тромбозе, является основной причиной гипоксии. Другой причиной может быть неадекватная оксигенация крови при сердечно-сосудистой недостаточности. Снижение способности крови к транспортировке кислорода, например при анемии и отравлении</p>	
--	--	--	--

		<p>CO₂ — третья и наиболее редкая причина гипоксии. В зависимости от тяжести гипоксии клетки могут адаптироваться к ней, повреждаться или погибать.</p> <p>2. Физические агенты. К ним относят механическую травму, чрезмерное снижение или повышение температуры окружающей среды, внезапные колебания атмосферного давления, радиацию и электрический шок.</p> <p>3. Химические агенты и лекарства. Даже простые химические соединения, такие как глюкоза и поваренная соль, в повышенных концентрациях могут</p>	
--	--	--	--

		<p>вызвать повреждение клеток непосредственно или путем нарушения их электролитного гомеостаза. Кислород в высоких концентрациях очень токсичен. Разрушительным действием обладают также многие факторы окружающей среды: пыль, инсектициды и гербициды; промышленные и природные факторы, например уголь и асбест; социальные факторы: алкоголь, курение и наркотики; высокие дозы лекарств.</p> <p>4. Инфекционные агенты. Они включают как субмикроскопические вирусы, так и ленточных червей. К</p>	
--	--	---	--

		<p>инфекционным агентам относятся риккетсии, бактерии, грибы, а также более высоко организованные формы паразитов.</p> <p>5. Иммунные реакции. Могут защищать организм, но могут вызвать и его смерть. Хотя иммунная система защищает организм от воздействия биологических агентов, тем не менее иммунные реакции могут привести к повреждению клеток. Развитие некоторых иммунных реакций лежит в основе аутоиммунных болезней.</p> <p>6. Генетические нарушения. Многие врожденные нарушения</p>	
--	--	---	--

		<p>метаболизма связаны с энзимопатиями, чаще отсутствием фермента.</p> <p>7. Дисбаланс питания. Нередко является основной причиной повреждения клеток. Дефицит белковой пищи и витаминов остается распространенным явлением.</p> <p>МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК</p> <p><i>Наиболее важными для развития повреждения и смерти клетки считают следующие четыре механизма.</i></p> <p>1. При недостаточном поступлении кислорода в ткани образуются его свободные радикалы, вызывающие свободнорадикальное</p>	
--	--	---	--

		<p>пероксидное окисление липидов (СПОЛ), что оказывает разрушительное действие на клетки.</p> <p>2. Особую роль в повреждении клетки играет нарушение гомеостаза кальция. Свободный кальций в цитозоле присутствует в исключительно низких концентрациях по сравнению с таковым вне клетки. Это состояние поддерживается связанными с клеточной мембраной энергозависимыми Ca^{2+}, Mg^{2+}-АТФазами. Ишемия и некоторые токсины вызывают увеличение концентрации кальция в цитозоле путем его</p>	
--	--	--	--

		<p>избыточного поступления через плазматическую мембрану и высвобождения из митохондрий и эндоплазматической сети. Повышенное содержание кальция в клетке ведет к активации ряда ферментов, повреждающих клетку: фосфолипаз (повреждение клеточной мембраны), протеаз (разрушение мембраны и белков цитоскелета), АТФаз (истощение запасов АТФ) и эндонуклеаз (фрагментация хроматина).</p> <p>3. Потеря митохондриями</p>	
--	--	--	--

		<p>пиридиннуклеотидов и последующая недостаточность АТФ, а также снижение синтеза АТФ являются характерными как для ишемического, так и для токсического повреждения клеток. Высокоэнергетические фосфаты в форме АТФ требуются для многих процессов синтеза и расщепления, происходящих в клетках. К этим процессам относятся мембранный транспорт, синтез белка, липогенез и реакции деацилирования — реацилирования, необходимые для фосфолипидного обмена. Имеется много данных о том, что</p>	
--	--	--	--

		<p>недостаточность АТФ играет роль в потере целостности плазматической мембраны, что характерно для смерти клетки.</p> <p>4. Ранняя потеря плазматической мембраной избирательной проницаемости — постоянный признак всех видов повреждения клеток. Такие дефекты могут возникать вследствие ряда событий, связанных с потерей АТФ и активацией фосфолипаз. Кроме того, плазматическая мембрана может быть повреждена в результате прямого воздействия некоторых</p>	
--	--	--	--

		<p>бактериальных токсинов, вирусных белков, компонентов комплемента, веществ из лизированных лимфоцитов (перфоринов), а также ряда физических и химических агентов.</p> <p>Морфология повреждения клеток.</p> <p>В классической морфологии нелетальное повреждение клеток называется дистрофией (см. лекции 4—7). В большинстве случаев она относится к обратимым повреждениям.</p> <p>Некроз наряду с апоптозом является одним из двух морфологических</p>	
--	--	---	--

		<p>выражений смерти клетки.</p> <p>Апоптоз ответствен за многочисленные физиологические и патологические процессы, происходящие в организме. (инволюция органов, опухоли и т д)</p>	
10.	<p>Шок. Определение, виды, механизмы развития, стадии, морфологическая характеристика, клинические проявления.</p>	<p><i>Шок</i> (от франц. <i>choc</i>) - остро развивающийся патологический процесс, обусловленный действием сверхсильного раздражителя и характеризующийся нарушением деятельности ЦНС, обмена веществ и главное ауторегуляции микроциркуляторной</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

		<p>системы, что ведет к деструктивным изменениям органов и тканей.</p> <p>В основе шока различного происхождения лежит единый сложный многофазный механизм развития. Но для раннего периода шока характерны относительно специфичные признаки, обусловленные особенностями этиологии и патогенеза.</p> <p>Исходя из этого, различают следующие виды шока: 1) гиповолемический, в основе которого лежит острое уменьшение объема циркулирующей крови</p>	
--	--	---	--

		<p>(или жидкости); 2) травматический, пусковым механизмом которого является чрезмерная афферентная (преимущественно болевая) импульсация; 3) кардиогенный, возникающий в результате быстрого падения сократительной функции миокарда и нарастания потока афферентной (преимущественно «гипоксической») импульсации; 4) септический (токсико-инфекционный), вызываемый эндотоксинами патогенной микрофлоры.</p>	
--	--	--	--

		<p>В развитии шока выделяют стадии компенсации и декомпенсации.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия компенсации - активация реакций, направленных на поддержание АД и объёма циркулирующей крови. Происходит выброс катехоламинов, вызывающих спазм прекапиллярных сфинктеров, открытие прямых артериоловеноулярных шунтов. У пациента отмечают умеренно выраженное психомоторное возбуждение, тахикардию, нормальное или слегка 	
--	--	---	--

		<p>сниженное АД при уменьшении пульсового давления. Присутствуют признаки констрикции резистивных сосудов: кожные покровы бледные, холодные, диурез снижен.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия декомпенсации - увеличение несостоятельности гемодинамики. После спазма прекапилляров развиваются парез и застой крови в микроциркуляторном русле. Снижены венозный возврат к сердцу и сердечный выброс. Возникает циркуляторная гипоксия. Нарастают метаболический 	
--	--	--	--

		<p>ацидоз, стаз и микротромбоз сосудов. У пациентов наблюдают заторможенность сознания, частое дыхание, снижение АД, тахикардию, нитевидный пульс, анурию. Кожные покровы серо-землистые, холодные, влажные.</p> <p>В поздний период шока относительная специфичность признаков, обусловленных особенностями его этиологии и патогенеза, исчезает, его клинико-морфологические проявления становятся</p>	
--	--	--	--

		<p>стереотипными.</p> <p>Для <i>морфологической картины</i> шока характерны нарушения гемокоагуляции в виде ДВС-синдрома, геморрагического диатеза, жидкой трупной крови, которые могут явиться основой для диагностики шока на вскрытии (Пермяков Н.К., 1979). Микроскопически нарушения гемодинамики и реологических свойств крови представлены распространенным спазмом сосудов, микротромбами в системе микроциркуляции, признаками повышенной проницаемости</p>	
--	--	--	--

		<p>капилляров, геморрагиями. Во внутренних органах развивается ряд общих изменений в виде дистрофии и некроза, обусловленных нарушениями гемодинамики, гипоксией, повреждающим действием биогенных аминов, эндотоксинов патогенной микрофлоры. Выраженность этих изменений в значительной мере определяет возможность обратимости шока.</p> <p>Морфологические изменения при шоке могут иметь ряд</p>	
--	--	---	--

		<p>особенностей, обусловленных как структурно-функциональной специализацией органа, так и преобладанием в патогенезе шока одного из его звеньев - нейрорефлекторного, гипоксического, токсического.</p> <p>Руководствуясь этим положением, при характеристике шока стали использовать термин «шоковый орган».</p> <p><i>В шоковой почке</i> тяжелым дистрофическим и некротическим изменениям подвергаются наиболее функционально отягощенные отделы</p>	
--	--	--	--

		<p>нефрона - проксимальные канальцы; развивается некротический нефроз (иногда симметричные кортикальные некрозы почек), что обуславливает острую почечную недостаточность при шоке. В шоковой печени гепатоциты теряют гликоген, подвергаются гидropической дистрофии, развиваются центролобулярные некрозы печени, появляются признаки структурнофункциональной недостаточности звездчатых ретикулоэндотелиоцитов. Все эти изменения определяют</p>	
--	--	--	--

		<p>возможность развития острой печеночной недостаточности при шоке. При этом нередко сочетание почечной и печеночной недостаточности, тогда говорят о <i>гепаторенальном синдроме</i>.</p> <p><i>Шок</i> характеризуется очагами ателектаза, серозногеморрагическим отеком с выпадением фибрина в просвет альвеол, гемостазом и тромбами в микроциркуляторном русле, что обуславливает развитие острой дыхательной недостаточности.</p> <p><i>Структурные изменения миокарда при</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>шоке</i> представлены дистрофическими и некробиотическими изменениями кардиомицитов: исчезновением гликогена, появлением липидов и контрактур миофибрилл. Возможно появление мелких очагов некроза.</p> <p>Выраженные структурные повреждения при шоке выявляются не только в шоковых органах, но и в желудочно-кишечном тракте, нервной, эндокринной и иммунной системах.</p> <p>Принципы противошоковой терапии. Лечение должно быть направлено на восстановление</p>	
--	--	--	--

		<p>сердечного выброса и кровоснабжения тканей. Для нормализации адекватного кровообращения необходимо восстановление функций сердца с помощью кардиотонических препаратов, увеличение АД за счёт вазопрессорных средств. При отсутствии отёка лёгких необходимо увеличение объёма циркулирующей крови путём введения инфузионных растворов (солевых и коллоидных) и препаратов крови. При частом дыхании (более 30 вдохов за 1 мин) пациента переводят на искусственную вентиляцию лёгких. При любом шоке</p>	
--	--	---	--

		показана ингаляция кислорода. Одновременно необходимо проводить коррекцию ацидоза, гипоксемии и гипотермии.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	2 - основные направления патологической анатомии, традиционные и современные методы патологоанатомических исследований;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

Выберите один правильный ответ			
1.	<p>РАННИЕ ПРИЗНАКИ НЕКРОЗА ВЫЯВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ГИСТОХИМИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ</p> <p>1) по Браше 2) Фельгена 3) по Шуенинову 4) с толуидиновым синим 5) с трифенилтетразолием</p>	5) с трифенилтетразолием	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
2.	<p>ПРИЗНАКИ НЕКРОЗА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПОЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ</p> <p>1) 24ч 2) 10 мин 3) 10-12ч 4) 20-60 мин</p>	3) 10-12ч	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва:</p>

			ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704- 6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>К ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМ СКОПЛЕНИЯМ ПРИВОДИТ</p> <p>1) гиперлипидемия</p> <p>2) недостаточное выведение метаболитов</p> <p>3) ускоренное выведение экзогенных веществ</p> <p>4) ускоренное выделение продуктов метаболизма</p> <p>5) невозможность выведения экзогенных веществ</p> <p>6) ускорение образования естественных метаболитов</p> <p>7) накопление метаболитов в связи с генетическими дефектами</p>	<p>2) недостаточное выведение метаболитов</p> <p>5) невозможность выведения экзогенных веществ</p> <p>6) ускорение образования естественных метаболитов</p> <p>7) накопление метаболитов в связи с генетическими дефектами</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL:</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
2.	<p>ПИГМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) уголь 2) железо 3) липиды 4) гематин 5) кремний 6) ферритин 7) холестерин 8) гемосидерин</p>	<p>1) уголь 4) гематин 6) ферритин 8) гемосидерин</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Клетки гематогенного происхождения в очаге хронического воспаления	1-АБ	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В.

	<p>2. Клетки гистиогенного происхождения в очаге хронического воспаления</p> <p>А. Лимфоциты Б. Моноциты В. Фибробласты Г. Эндотелиальные</p>	2-ВГ	<p>В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	---	------	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Больной, страдавший гломерулонефритом, умер от хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружен тусклый эпикард с серовато-желтоватыми наложениями, имеющими вид</p>	<p>1. Фибринозное. 2. На эпикарде и плевре крупозное, на слизистой оболочке толстой кишки дифтеритическое воспаление.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и</p>

	<p>волосяного покрова; наложения легко снимаются. На плевре обоих легких также видны легко снимаемые сероватые пленки. Стенка толстой кишки утолщена, на слизистой оболочке серо-желтая пленка, которая с трудом отделяется от подлежащих тканей. 1. Какой вид экссудативного воспаления развился на эпикарде, плевре, слизистой оболочке толстой кишки? 2. Какие разновидности этого воспаления развились на эпикарде, плевре, слизистой оболочке кишки? 3. Каков состав экссудата?</p>	<p>3. Фибриноген</p>	<p>доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
<p>7.</p>	<p>У больного, страдавшего пороком сердца (недостаточность клапанов аорты), внезапно появилась бледность кожных покровов, резко упало артериальное давление, наступила смерть. При судебно-медицинском вскрытии обнаружен разрыв аневризмы в восходящем отделе аорты, интима аорты с множественными бугристыми и втяжениями.</p> <p>1. Какова этиология процесса? 2. С каким патологическим процессом связано развитие</p>	<p>1. Сифилитическая. 2. Сифилитический мезоартит. 3. Плазматические клетки, лимфоциты; в наружной и средней оболочке аорты. 4. Эластолиз.</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. -</p>

	<p>аневризмы аорты (название)?</p> <p>3. Каков клеточный состав инфильтрата в стенке аорты и в каких ее слоях он локализуется?</p> <p>4. Как изменяются эластические волокна в стенке аорты?</p> <p>Ответ:</p> <p>1. Сифилитическая.</p> <p>2. Сифилитический мезоартит.</p> <p>3. Плазматические клетки, лимфоциты; в наружной и средней оболочке аорты.</p> <p>4. Эластолиз.</p>		<p>URL:</p> <p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
8.	<p>У больного, страдавшего хроническим гломерулонефритом, в течение ряда лет отмечалась артериальная гипертензия. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности.</p> <p>1. Какие макроскопические изменения сердца можно обнаружить на вскрытии, в каких преимущественно его отделах?</p> <p>2. О каком процессе идет речь, назовите его?</p> <p>3. Назовите вид этого процесса в зависимости от механизма развития?</p> <p>4. Назовите стадию процесса?</p> <p>Ответ:</p> <p>1. Увеличение сердца за счет левого</p>		<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>желудочка, расширение полостей. 2. Гипертрофия. 3. Компенсаторная (рабочая). 4. Декомпенсации.</p>		<p>студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>
9.	<p>У больного, страдавшего раком желудка с множественными метастазами, смерть наступила от истощения. 1. Какие макроскопические изменения сердца обнаружены на вскрытии? 2. Как этот процесс называется? 3. В каких органах и тканях, помимо сердца, развился сходный процесс? 4. От чего зависит цвет этих органов и тканей? 5. Назовите пути метастазирования при раке желудка.</p>	<p>1. Уменьшено в размерах, бурого цвета. 2. Бурая атрофия. 3. Печень, скелетная мускулатура. 4. Накопление липофусцина.</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>
10.	<p>После ушиба колена у мальчика</p>	<p>1. Саркома.</p>	<p>Зайратьянц, О. В.</p>

	<p>появилось опухолевидное разрастание в области эпифиза бедренной кости.</p> <p>После стационарного обследования принято решение ампутировать бедро. При обследовании удаленной конечности в области нижнего эпифиза бедра обнаружено разрастание опухоли, разрушающей кость, не имеющей четких границ, серо-розового цвета, на разрезе вида «рыбьего мяса».</p> <p>1. Назовите опухоль? 2. Доброкачественная она или злокачественная? 3. Из какой ткани развилась? 4 Где можно ожидать первые метастазы опухоли?</p>	<p>2. Злокачественная. 3. Из костной (остеосаркома). 4. В легких.</p>	<p>Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
--	---	---	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Экссудативное воспаление: серозное, фибринозное (крупозное, дифтеритическое), гнойное</p>	<p>Экссудативное воспаление — это воспаление, при</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия:</p>

	<p>(флегмона, абсцесс, эмпиема), катаральное, геморрагическое, смешанное. Исходы экссудативного воспаления.</p>	<p>котором преобладают процессы экссудации. Условия возникновения:</p> <p>1) воздействие повреждающих факторов на сосуды микроциркуляторного русла;</p> <p>2) наличие особых факторов патогенности (гноеродная флора, выделение хемотаксисов); различают самостоятельные и несамостоятельные виды экссудативного воспаления. Самостоятельные виды встречаются сами по себе, а несамостоятельные виды присоединяются к ним. К самостоятельным относятся серозное воспаление,</p>	<p>руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
--	---	---	---

		<p>фибринозное и гнойное.</p> <p>К несамостоятельным — катаральное, геморрагическое и гнилостное воспаление. Также различают смешанное воспаление — это комбинация как минимум 2х видов воспаления.</p> <p>Серозное воспаление характеризуется скоплением жидкой части экссудата, содержащей около 2,5% белка и различные клеточные формы (тромбоциты, лейкоциты, макрофаги) и клетки</p> <p>местных тканей. Экссудат имеет сходство с транссудатом, возникающим при венозном застое,</p>	
--	--	---	--

		<p>сердечной недостаточности. Отличие экссудата от трансудата заключается в том, что наличие</p> <p>белка обеспечивает особый оптический эффект Гиндаля — опалесценцию, т. е. свечение коллоидного раствора в проходящем свете. Локализация повсеместно — в коже, слизистых, серозных оболочках и в паренхиме органов; например, ожоги II степени, при которых формируются пузыри. В серозных полостях скопления жидкости называются экссудативный перикардит, плеврит, перитонит. Сами оболочки отечные, полнокровные, а между ними находится</p>	
--	--	--	--

		<p>жидкость. Паренхиматозные органы становятся увеличенными, дряблыми, на разрезе ткань тусклая, серая, напоминающая вареное мясо. Микроскопические виды: расширенные межклеточные пространства, разрывы между клетками, клетки находятся в состоянии дистрофии. Экссудат сдавливает органы, нарушая их функцию. Но в основном исход благоприятный, иногда приходится выпускать большие количества экссудата. Исходом серозных воспалений в паренхиматозных органах являются диффузное мелкоочаговое склерозирование и</p>	
--	--	--	--

		<p>функциональные нарушения.</p> <p>Фибринозное воспаление: экссудат представлен фибриногеном. Фибриноген — белок крови, который, выходя за пределы сосудов, превращается в нерастворимый фибрин.</p> <p>Переплетающиеся нити фибрина формируют на поверхностях органов пленки — сероватые, различной толщины. Возникает на слизистых, серозных оболочках, а также на коже. В зависимости от того, как</p> <p>пленка связана с поверхностью, различают крупозное (образуется на слизистых, выстеленных</p>	
--	--	--	--

		<p>однослойным эпителием) — если пленка легко отделяется от подлежащей ткани и дифтерическое</p> <p>(на многослойном эпителии) — если пленка плохо отделяется.</p> <p>Исход фибринозного воспаления зависит от вида воспаления. Для крупозных пленок характерна легкая отделяемость, при этом базальная мембрана не страдает, происходит полная эпителизация. На серозных оболочках — отторжение пленки в полость, которая не всегда успевает резорбироваться макрофагами, и происходит организация. В результате образуются</p>	
--	--	--	--

		<p>фиброзные сращения между париетальным и висцеральным листками соответствующей серозной оболочки — спайки, которые ограничивают подвижность органов. Если произошло образование пленок в дыхательной трубке, то при отторжении они способны закупорить ее просвет, вызвав тем самым асфиксию. Такое осложнение является истинным крупом (возникает, в частности, при дифтерии). Необходимо отличать его от ложного крупа, развивающегося при стенозе дыхательной трубки при отеке чаще всего аллергической природы, при ОРВИ. Дифтерическое воспаление также в</p>	
--	--	--	--

		<p>основном имеет анатомически благоприятный исход.</p> <p>При дифтерии могут наблюдаться «тигровое сердце», тяжелый паренхиматозный миокардит. Иногда под пленками происходит образование глубоких дефектов — эрозии, язвы.</p> <p>При гнойном воспалении экссудат представлен полиморфоядерными лейкоцитами, включает в себя погибшие лейкоциты, разрушенные ткани. Цвет от белого до желтозеленого. Повсеместная</p> <p>локализация. Причины разнообразны; прежде всего — кокковая флора. К гноеродной</p>	
--	--	---	--

		<p>флоре относятся стафило и стрептококки, менингококки, гонококки и палочки — кишечная, синегнойная.</p> <p>Одним из факторов патогенности этой флоры являются так называемые лейкоцидины, они вызывают повышение хемотаксиса лейкоцитов на себя и их гибель. В дальнейшем при гибели лейкоцитов происходит выделение факторов, стимулирующих хемотаксис новых лейкоцитов в очаге воспаления.</p> <p>Протеолитические ферменты, которые выделяются при разрушении, способны разрушать как свои ткани, так и ткани организма. Поэтому</p>	
--	--	---	--

		<p>есть правило: «видишь гной — выпусти его», чтобы не допустить разрушения собственных тканей.</p> <p>Различают следующие виды гнойного воспаления.</p> <p>1. Флегмона — диффузное, разлитое, без четких границ, гнойное воспаление. Происходит диффузная инфильтрация лейкоцитами различных тканей (наиболее часто — подкожножировой клетчатки, а также стенки полых органов, кишечника — флегмонозный аппендицит). Флегмонозное воспаление может возникнуть в паренхиме любых</p>	
--	--	--	--

		<p>органов.</p> <p>2. Абсцесс — очаговое, ограниченное гнойное воспаление.</p> <p>Выделяют острый и хронический абсцесс. Острый абсцесс имеет неправильную форму, нечеткую, размытую границу, распада в центре не наблюдается. Хронический абсцесс отличается пра</p> <p>вильной формой, с четкими границами и зоной распада в центре. Четкость границы связана с тем, что по периферии абсцесса происходит разрастание соединительной ткани. В стенке</p> <p>такого абсцесса различают несколько слоев — внутренний</p>	
--	--	--	--

		<p>слой, представлен пиогенной мембраной из грануляционной ткани, а наружная часть стенки образована фиброзной соединительной тканью. При связи абсцесса с наружной средой с помощью анатомических каналов (в легких) в полости образуется воздушное пространство, а гной располагается по горизонтали (это заметно на рентгенограмме).</p> <p>3. Эмпиема — гнойное воспаление в анатомических полостях (эмпиема плевры, гайморовых пазух, желчного пузыря). Исход гнойного воспаления зависит от размеров, формы, локализации</p>	
--	--	--	--

		<p>очагов. Гнойный экссудат может рассосаться, иногда развивается склероз — рубцевание ткани. Осложнение в виде разъедания окружающих тканей протеолитическими ферментами может привести к формированию свищей — каналов, по которым гнойник опорожняется наружу (самоочищение) либо в серозную оболочку (например, абсцесс легкого может привести к развитию эмпиемы плевры, печени — к гнойному перитониту и т. п.); кровотечение; истощение; интоксикация и т. д.</p> <p>Катаральное воспаление — к экссудату</p>	
--	--	---	--

		<p>примешивается слизь.</p> <p>Происходит стекание экссудата с воспаленной поверхности. Типовая локализация — слизистые оболочки. Исход катарального воспаления — полное восстановление слизистой. При хронических катарах возможна атрофия слизистой оболочки (атрофический хронический ринит).</p> <p>Геморрагическое воспаление характеризуется примесью эритроцитов к экссудату. Экссудат становится красного цвета, затем по мере разрушения пигментов приобретает черный цвет. Характерно при вирусных инфекциях, таких как грипп, корь,</p>	
--	--	--	--

		<p>натуральная (черная) оспа, при эндогенных интоксикациях, — например интоксикация азотистыми шлаками при хронической почечной недостаточности.</p> <p>Характерно для сильных по вирулентности возбудителей особо опасных инфекций.</p> <p>Гнилостное (гангренозное) воспаление возникает вследствие присоединения к очагам воспаления гнилостной флоры, прежде всего фузоспирохетозной.</p> <p>Чаще встречается в органах, которые имеют связь с внешней средой: гнилостные гангрены легкого, конечностей, кишечника и т. д.</p>	
--	--	--	--

		<p>Распадающиеся ткани тусклые, со зловонным специфическим запахом.</p> <p>Смешанное воспаление. О нем говорят, когда имеет место сочетание воспалений (серозногнойное, серознофибринозное, гнойногеморрагическое или фибринозногеморрагическое).</p> <p>Продуктивное (пролиферативное воспаление) — преобладает фаза пролиферации, в результате чего образуются очаговые или диффузные клеточные инфильтраты, которые могут быть полиморфноклеточным и,</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфоцитарноклеточными, макрофагальными, плазмноклеточными, гигантоклеточными и эпителиоидноклеточными. Одним из основных условий развития пролиферативного воспаления является относительная устойчивость повреждающих факторов во внутренних средах организма, возможность персистировать в тканях.</p> <p>Особенности пролиферативного воспаления:</p> <p>1) хроническое волнообразное течение;</p> <p>2) локализация преимущественно в</p>	
--	--	---	--

		<p>соединительных тканях, а также в тканях, клетки которых обладают способностью к пролиферации — эпителий кожи, кишки.</p> <p>В морфологии наиболее характерной особенностью является образование грануляционной ткани. Грануляционная ткань — это молодая, незрелая, растущая соединительная ткань. Ее формирование определяется классическими биологическими свойствами. Рост и функционирование ткани — процессы антагонистические. Если ткань начинает хорошо функционировать, то ее рост замедляется, и наоборот.</p>	
--	--	---	--

		<p>Макроскопически грануляционная ткань красного цвета, с блестящей зернистой поверхностью и склонна к кровоточивости. Основное вещество полупрозрачное, поэтому через него просвечивают наполненные кровью капилляры, откуда и красный цвет. Ткань зернистая, так как колленца приподнимают основное вещество.</p>	
7.	<p>Воспаление: определение, сущность и биологическое значение. Классификация. Проблема местного и общего в понимании воспаления. Острое воспаление. Этиология и патогенез. Реакция кровеносных сосудов при остром воспалении.</p>	<p><i>Воспаление</i> - комплексная местная сосудисто-мезенхимальная реакция на повреждение ткани, вызванное действием различного рода агентов. Эта реакция направлена на</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва:</p>

		<p>уничтожение агента, вызвавшего повреждение, и на восстановление поврежденной ткани. Воспаление - реакция, выработанная в ходе филогенеза, имеет защитно-приспособительный характер и несет в себе элементы не только патологии, но и физиологии. Такое двойственное значение для организма воспаления - своеобразная его особенность.</p> <p>Еще в конце XIX столетия И.И. Мечников считал, что воспаление - это приспособительная и выработанная в ходе эволюции реакция</p>	<p>ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	---

		<p>организма и одним из важнейших ее проявлений служит фагоцитоз микрофагами и макрофагами патогенных агентов и обеспечение таким образом выздоровления организма. Но репаративная функция воспаления была для И.И. Мечникова сокрыта. Подчеркивая защитный характер воспаления, он в то же время полагал, что целительная сила природы, которую и представляет собой воспалительная реакция, не есть еще приспособление, достигшее совершенства. По мнению И.И.</p>	
--	--	--	--

		<p>Мечникова, доказательством этого являются частые болезни, сопровождающиеся воспалением, и случаи смерти от них.</p> <p>Альтерация, расстройства микроциркуляции (с экссудацией и эмиграцией) и пролиферация являются основными компонентами или внутренними признаками воспаления. Кроме того, очаг воспаления характеризуется пятью внешними (местными) проявлениями: краснотой (<i>rubor</i>), припухлостью (<i>tumor</i>), повышением температуры,</p>	
--	--	--	--

		<p>или жаром (<i>calor</i>), болезненностью, или болью (<i>dolor</i>), нарушением функции <i>functio laesa</i>). Эти признаки особенно хорошо определяются, когда очаг воспаления находится на наружных покровах.</p> <p>Воспаление может проявляться не только местными, но и общими признаками, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса.</p> <p>Общие проявления воспаления включают лихорадку, реакции кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза,</p>	
--	--	---	--

		<p>повышенную скорость оседания эритроцитов, ускоренный обмен веществ, измененную иммунологическую реактивность, явления интоксикации организма.</p> <p>Воспаление относится к числу наиболее распространенных типовых патологических процессов.</p> <p>Одновременно оно представляет собой важную защитно-приспособительную реакцию, эволюционно сформировавшуюся как способ сохранения целого организма ценой повреждения его части. С помощью воспаления</p>	
--	--	---	--

		<p>обеспечиваются локализация и элиминация воспалительного агента и (или) поврежденной под его воздействием ткани.</p> <p>Этиология воспаления</p> <p>Вызывающие воспаление факторы могут быть биологическими, физическими (в том числе травматическими), химическими; по происхождению они эндогенные или экзогенные.</p> <p><i>Среди биологических факторов наибольшее</i></p>	
--	--	---	--

		<p>значение имеют вирусы, бактерии, грибы и животные паразиты. К биологическим причинам воспаления могут быть отнесены циркулирующие в крови антитела и иммунные комплексы, которые состоят из антигена, антител и компонентов комплемента, причем антиген может быть немикробной природы.</p> <p><i>К физическим факторам</i>, вызывающим воспаление, относят лучевую и электрическую энергию, высокие и низкие температуры, различного рода травмы.</p>	
--	--	---	--

		<p><i>Химическими факторами</i> воспаления могут быть различные химические вещества, токсины и яды.</p> <p>Развитие воспаления определяется не только воздействием того или иного этиологического фактора, но и особенностью реактивности организма.</p> <p>Морфология и патогенез воспаления</p> <p><i>Воспаление</i> может выражаться образованием микроскопического очага или обширного участка, иметь не только очаговый, но и диффузный характер. Иногда воспаление</p>	
--	--	---	--

		<p>возникает в <i>системе тканей</i>, тогда говорят о <i>системных</i> воспалительных поражениях (ревматические болезни при системном воспалительном поражении соединительной ткани, системные васкулиты и др.). Иногда провести грань между локализованным и системным воспалительным процессом бывает трудно.</p> <p>Воспаление развивается на территории <i>гистиона</i> и складывается из следующих последовательно развивающихся фаз: 1) альтерация; 2) экссудация; 3)</p>	
--	--	---	--

		<p>пролиферация гематогенных и гистиогенных клеток и, реже, паренхиматозных клеток (эпителия). Взаимосвязь этих фаз показана на схеме IX.</p> <p>Альтерация - повреждение ткани, является <i>инициальной фазой</i> воспаления и проявляется различного вида дистрофией и некрозом. В эту фазу воспаления происходит выброс биологически активных веществ - медиаторов воспаления. Это - <i>пусковой механизм</i> воспаления, определяющий кинетику воспалительной реакции.</p>	
--	--	---	--

		<p>Медиаторы воспаления могут быть плазменного (гуморального) и клеточного (тканевого) происхождения. <i>Медиаторы плазменного происхождения</i> — это представители калликреин-кининовой (кинины, калликреины), свертывающей и противосвертывающей (XII фактор свертывания крови, или фактор Хагемана, плазмин) и комплементарной (компоненты C₃-C₅) систем. Медиаторы этих систем повышают проницаемость микрососудов, активируют хемотаксис полиморфно-ядерных</p>	
--	--	---	--

		<p>лейкоцитов, фагоцитоз и внутрисосудистую коагуляцию (схема X).</p> <p>Экссудация - фаза, быстро следующая за альтерацией и выбросом медиаторов. Она складывается из ряда стадий: реакция микроциркуляторного русла с нарушениями реологических свойств крови; повышение сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла; экссудация составных частей плазмы крови; эмиграция клеток крови; фагоцитоз; образование экссудата и воспалительного</p>	
--	--	--	--

		<p>клеточного инфильтрата.</p> <p><i>Реакция микроциркуляторного русла с нарушениями реологических свойств крови - один из ярких морфологических признаков воспаления. Изменения микрососудов начинаются с рефлекторного спазма, уменьшения просвета артериол и прекапилляров, которое быстро сменяется расширением всей сосудистой сети зоны воспаления и прежде всего посткапилляров и венул. Воспалительная гиперемия обуславливает повышение температуры (<i>calor</i>) и покраснение (<i>rubor</i>) вос</i></p>	
--	--	--	--

		<p>паленного участка. При начальном спазме ток крови в артериолах становится ускоренным, а затем замедленным. В лимфатических сосудах, как и в кровеносных, вначале происходит ускорение лимфотока, а затем его замедление. Лимфатические сосуды переполняются лимфой и лейкоцитами.</p> <p>В бессосудистых тканях (роговица, клапаны сердца) в начале воспаления преобладают явления альтерации, а затем происходит врастание сосудов из соседних областей (это происходит очень быстро) и включение</p>	
--	--	---	--

		<p>их в воспалительную реакцию.</p> <p>Изменения реологических свойств крови состоят в том, что в расширенных венулах и посткапиллярах при замедленном токе крови нарушается распределение в кровяном потоке лейкоцитов и эритроцитов. Полиморфно-ядерные лейкоциты (нейтрофилы) выходят из осевого тока, собираются в краевой зоне и располагаются вдоль стенки сосуда. Краевое расположение нейтрофилов сменяется их <i>краевым стоянием</i>, которое предшествует <i>эмиграции</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>и за пределы сосуда.</i></p> <p>Изменения гемодинамики и сосудистого тонуса в очаге воспаления приводят к <i>стазу</i> в посткапиллярах и венулах, который сменяется <i>тромбозом</i>. Те же изменения возникают и в лимфатических сосудах. Таким образом, при продолжающемся притоке крови в очаг воспаления отток ее, а также лимфы нарушается. Блокада отводящих кровеносных и лимфатических сосудов позволяет очагу воспаления выполнять роль барьера, предупреждающего</p>	
--	--	---	--

		<p>генерализацию процесса.</p> <p><i>Повышение сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла является одним из существенных признаков воспаления. Вся гамма тканевых изменений, своеобразие форм воспаления в значительной мере определяются состоянием сосудистой проницаемости, глубиной ее повреждения. Большая роль в осуществлении повышенной проницаемости сосудов микроциркуляторного русла принадлежит поврежденным ультраструктурам клеток, что приводит к</i></p>	
--	--	--	--

		<p>усилению микроиноцитоза. С повышенной сосудистой проницаемостью связаны экссудация в ткани и полости жидких частей плазмы, эмиграция клеток крови, образование экссудата (воспалительного выпота) и воспалительного клеточного инфильтрата.</p> <p>Пролиферация (размножение) клеток является завершающей фазой воспаления, направленной на восстановление поврежденной ткани. Возрастает число мезенхимальных</p>	
--	--	---	--

		<p>камбиальных клеток, В- и Т-лимфоцитов, моноцитов. При размножении клеток в очаге воспаления наблюдаются клеточные дифференцировки и трансформации (схема XII): камбиальные мезенхимальные клетки дифференцируются в <i>фибробласты</i>; В-лимфоциты</p> <p>На различных этапах пролиферации фибробластов образуются продукты их деятельности - белок <i>коллаген</i> и <i>гликозаминогликаны</i>, появляются <i>агрирофильные</i> и <i>коллагеновые волокна</i>, <i>межклеточное</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>вещество</i> соединительной ткани.</p> <p>В процессе пролиферации при воспалении участвует и <i>эпителий</i> (см. схему XII), что особенно выражено в коже и слизистых оболочках (желудок, кишечник). При этом пролиферирующий эпителий может образовывать полипозные разрастания.</p> <p>Пролиферация клеток на поле воспаления служит репарации. При этом дифференцировка пролиферирующих эпителиальных структур возможна лишь при созревании и дифференцировке соединительной ткани</p>	
--	--	--	--

		<p>(Гаршин В.Н., 1939).</p> <p>Воспаление со всеми его компонентами появляется только на поздних этапах внутриутробного развития.</p> <p>Исход воспаления различен в зависимости от его этиологии и характера течения, состояния организма и структуры органа, в котором оно развивается. Продукты тканевого распада подвергаются ферментативному расщеплению и фагоцитарной резорбции, происходит рассасывание продуктов распада. Благодаря клеточной пролиферации очаг</p>	
--	--	---	--

		<p>воспаления постепенно замещается клетками соединительной ткани. Если очаг воспаления был небольшим, может наступить полное восстановление предшествующей ткани. При значительном дефекте ткани на месте очага образуется рубец.</p> <p>Терминология и классификация воспаления</p> <p>В большинстве случаев наименование воспаления той или иной ткани (органа) принято составлять, прибавляя к латинскому и греческому названию органа или ткани окончание <i>-itis</i>, а к</p>	
--	--	---	--

		<p>русскому - -ит. Так, воспаление плевры обозначают как <i>pleuritis</i> - плеврит, воспаление почки - <i>nephritis</i> - нефрит, воспаление десен - <i>gingivitis</i> - гингивит и т.д. Воспаление некоторых органов имеет особые названия. Так, воспаление зева называют ангиной (от греч. <i>ancho</i> - душу, сдавливаю), воспаление легких - пневмонией, воспаление ряда полостей со скоплением в них гноя - <i>эмпиемой</i> (например, эмпиема плевры), гнойное воспаление волосяного фолликула с прилежащей сальной железой и тканями - <i>фурункулом</i> (от</p>	
--	--	---	--

		<p>лат. <i>furiare</i> - приводить в ярость) и т.д.</p> <p>Классификация. Учитываются характер течения процесса и морфологические формы в зависимости от преобладания экссудативной или пролиферативной фазы воспаления. По характеру течения выделяют острое, подострое и хроническое воспаление, по преобладанию экссудативной или пролиферативной фазы воспалительной реакции - экссудативное и пролиферативное (продуктивное)</p>	
--	--	--	--

		<p><i>воспаление.</i></p> <p>До недавнего времени среди морфологических форм воспаления выделяли <i>альтеративное воспаление</i>, при котором преобладает альтерация (некротическое воспаление), а экссудация и пролиферация представлены крайне слабо или вообще не выражены. В настоящее время существование этой формы воспаления отрицается большинством патологов на том основании, что при так называемом <i>альтеративном воспалении</i> по существу отсутствует сосудисто-</p>	
--	--	--	--

		<p>мезенхимальная реакция (экссудация и пролиферация), которая и составляет сущность воспалительной реакции. Таким образом, речь в данном случае идет не о воспалении, а о некрозе. Концепция альтеративного воспаления была создана Р. Вирховым, который исходил из своей «нутритивной теории» воспаления (она оказалась ошибочной), поэтому он называл альтеративное воспаление <i>паренхиматозным</i>.</p> <p>Острое воспаление характеризуется:</p> <p>- интенсивным</p>	
--	--	---	--

		<p>течением и сравнительно небольшой (обычно 1-2, максимально до 4-6 недель) продолжительностью (в зависимости от поврежденного органа или ткани, степени и масштаба их альтерации, реактивности организма и др.);</p> <p>- умеренно выраженной альтерацией и деструкцией тканей, экссудацией и пролиферацией в очаге повреждения при нормергическом характере воспаления. При гиперергическом его течении в очаге воспаления доминируют альтерация и разрушение тканей.</p> <p>Для острого воспаления</p>	
--	--	--	--

		<p>характерен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (увеличение количества более молодых, палочкоядерных и юных нейтрофилов в результате вовлечения костномозгового резерва и активации кроветворения), а также моноцитоз.</p>	
8.	<p>Ишемическая болезнь сердца. Этиология и патогенез, факторы риска. Инфаркт миокарда: причины, классификация, динамика биохимических и морфофункциональных изменений в миокарде. Морфология острого, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда.</p>	<p>Ишемическая болезнь сердца – группа заболеваний, обусловленных абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровообращения. Поэтому ишемическая болезнь – это коронарная болезнь сердца. Среди непосредственных причин развития</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст:</p>

		<p>ишемической болезни сердца следует назвать длительный спазм, тромбоз или тромбоземболию венечных артерий сердца и функциональное перенапряжение миокарда в условиях атеросклеротической окклюзии этих артерий.</p> <p>Этиологические факторы атеросклероза и гипертонической болезни, прежде всего психоэмоциональное перенапряжение, ведущее к ангионевротическим нарушениям, являются этиологическими факторами ишемической болезни сердца.</p> <p>Патогенетические факторы ишемической болезни, атеросклероза и гипертонической</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	---

		<p>болезни также общие. Среди них главные:</p> <ol style="list-style-type: none">1. гиперлипидемия;2. артериальная гипертензия;3. избыточная масса тела (ожирение);4. малоподвижный образ жизни;5. курение;6. нарушение толерантности к углеводам, в частности сахарный диабет;7. мочекислый диатез;8. генетическая предрасположенность;9. принадлежность к мужскому полу. <p>Инфаркт миокарда – это ишемический некроз сердечной мышцы, поэтому клинически, помимо изменений электрокардиограммы, для него характерна ферментемия. Как правило, это ишемический (белый)</p>	
--	--	--	--

		<p>инфаркт с геморрагическим венчиком. Классификация и патологическая анатомия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по времени его возникновения 2. по локализации в различных отделах сердца и сердечной мышцы 3. по распространенности 4. по течению. <p>Инфаркт миокарда – понятие временное. Он занимает примерно 8 нед с момента приступа ишемии миокарда – первичный (острый) инфаркт миокарда.</p> <p>Если инфаркт миокарда развивается спустя 8 нед после первичного (острого), то его называют повторным инфарктом. Инфаркт, развившийся</p>	
--	--	---	--

		<p>в течение 8 нед существования первичного (острого), называют рецидивирующим инфарктом миокарда. Инфаркт миокарда локализуется чаще всего в области верхушки, передней и боковой стенок левого желудочка и передних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в бассейне передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии, которая функционально более отягощена и сильнее других ветвей поражается атеросклерозом. Реже инфаркт возникает в области задней стенки левого желудочка и задних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в</p>	
--	--	---	--

		<p>бассейне огибающей ветви левой венечной артерии. Когда атеросклеротической окклюзии подвергаются основной ствол левой венечной артерии и обе его ветви, развивается обширный инфаркт миокарда. В правом желудочке и особенно в предсердиях инфаркт развивается редко. Размеры инфаркта определяются степенью стенозирующего атеросклероза венечных артерий, возможностью коллатерального кровообращения и уровнем закрытия (тромбоз, эмболия) артериального ствола; они зависят также от функционального состояния (отягощения)</p>	
--	--	--	--

		<p>миокарда. Инфаркт миокарда может захватывать различные отделы сердечной мышцы:</p> <ul style="list-style-type: none"> субэндокардиальные – субэндокардиальный инфаркт, субэпикардиальные – субэпикардиальный инфаркт, его среднюю часть – интрамуральный инфаркт или всю толщу сердечной мышцы – трансмуральный инфаркт. <p>При вовлечении в некротический процесс эндокарда (субэндокардиальный и трансмуральный инфаркты) в ткани его развивается реактивное воспаление, на эндотелии появляются тромботические наложения. При субэпикардиальном и</p>	
--	--	---	--

		<p>трансмуральном инфарктах нередко наблюдается реактивное воспаление наружной оболочки сердца – фибринозный перикардит.</p> <p>Руководствуясь распространенностью некротических изменений в сердечной мышце, различают мелкоочаговый, крупноочаговый и трансмуральный инфаркт миокарда.</p> <p>В своем течении инфаркт миокарда проходит две стадии – некротическую и стадию рубцевания. В некротической стадии при гистологическом исследовании область инфаркта представляет собой некротизированную ткань, в которой периваскулярно сохраняются</p>	
--	--	---	--

		<p>«островки» неизмененного миокарда. Область некроза отграничена от сохранившегося миокарда зоной полнокровия и лейкоцитарной инфильтрации (демаркационное воспаление). Эту стадию характеризуют не только некротические изменения в очаге инфаркта, но и глубокие дисциркуляторные и обменные нарушения вне этого очага. Они характеризуются фокусами неравномерного кровенаполнения, кровоизлияниями, исчезновением из кардиомиоцитов гликогена, появлением в них липидов, деструкцией</p>	
--	--	---	--

		<p>митохондрий и саркоплазматической сети, некрозом единичных мышечных клеток. Сосудистые нарушения появляются и за пределами сердца, например в головном мозге, где можно обнаружить неравномерное полнокровие, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния. Стадия рубцевания (организации) инфаркта начинается, по существу, тогда, когда на смену лейкоцитам приходят макрофаги и молодые клетки фибробластического ряда. Макрофаги принимают участие в резорбции некротических масс, в их цитоплазме появляются липиды,</p>	
--	--	---	--

		<p>продукты тканевого детрита. Фибробласты, обладавая высокой ферментативной активностью, участвуют в фибриллогенезе. Организация инфаркта происходит как из зоны демаркации, так и из «островков» сохранившейся ткани в зоне некроза. Этот процесс продолжается 7-8 нед, однако эти сроки подвержены колебаниям в зависимости от размеров инфаркта и реактивности организма больного. Новообразованная соединительная ткань вначале рыхлая, типа грануляционной, затем созревает в грубоволокнистую рубцовую, в которой вокруг сохранившихся сосудов видны</p>	
--	--	---	--

		<p>островки гипертрофированных мышечных волокон. В полости перикарда в исходе фибринозного перикардита появляются спайки. В них нередко образуются сосуды, анастомозирующие с внесердечными коллатеральями, что способствует улучшению кровоснабжения миокарда. Таким образом, при организации инфаркта на его месте образуется плотный рубец. В таких случаях говорят о пост инфаркт ном крупноочаговом кардиосклерозе. Сохранившийся миокард, особенно по периферии рубца, подвергается регенерационной гипертрофии.</p>	
--	--	--	--

		<p>Осложнениями инфаркта являются кардиогенный шок, фибрилляция желудочков, асистолия, острая сердечная недостаточность, миомаляция, острая аневризма и разрыв сердца, пристеночный тромбоз, перикардит. Миомаляция, или расплавление некротизированного миокарда, возникает в случаях преобладания процессов аутолиза мертвой ткани. Миомаляция ведет к разрыву сердца и кровоизлиянию в полость сердечной сорочки (гемоперикард и тампонада его полости). Острая аневризма сердца, т. е. вздутие некротизированной стенки, образуется при обширных инфарктах.</p>	
--	--	---	--

		<p>Полость аневризмы обычно тромбируется, в ее стенке появляются надрывы эндокарда, кровь проникает в эти надрывы, отслаивает эндокард и разрушает некротизированный миокард. Возникают разрыв сердца и гемоперикард.</p> <p>Пристеночные тромбы образуются при субэндокардиальном и трансмуральном инфарктах, с ними связана опасность тромбоэмболических осложнений.</p> <p>Перикардит, обычно фибринозный, нередко находят при субэпикардиальном и трансмуральном инфарктах.</p> <p>Смерть при инфаркте миокарда может быть связана как с самим инфарктом миокарда, так и с его</p>	
--	--	--	--

		<p>осложнениями. Непосредственной причиной смерти в ранний период инфаркта становятся фибрилляция желудочков, асистолия, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность. Смертельными осложнениями инфаркта миокарда в более поздний период являются разрыв сердца или его острой аневризмы с кровоизлиянием в полость перикарда, а также тромбоэмболии (например, сосудов головного мозга) из полостей сердца, когда источником тромбоэмболии становятся тромбы на эндокарде в области инфаркта, в острой аневризме, в ушках сердца.</p>	
--	--	---	--

9.	<p>Бронхопневмония (очаговая пневмония). Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Особенности бронхопневмонии в зависимости от характера возбудителя, химического и физического фактора, возраста. Осложнения.</p>	<p>Бронхопневмонией называют воспаление легких, развивающееся в связи с бронхитом или бронхоолитом (бронхоальвеолит). Она имеет очаговый характер, может быть морфологическим проявлением как первичных (например, при респираторных вирусных инфекциях – см.), так и вторичных (как осложнение многих заболеваний) острых пневмоний. Болезнь могут вызывать различные микробные агенты – пневмококки, стафилококк, стрептококки, энтеробактерии, вирусы, микоплазма, грибы и др. Бронхопневмония развивается также при воздействии химических и</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
----	--	--	--

		<p>физических факторов, что позволяет выделять уремическую, липидную, пылевую, радиационную пневмонии.</p> <p>Развитие бронхопневмонии связано с острым бронхитом или бронхиолитом, причем воспаление чаще распространяется на легочную ткань интрабронхиально (нисходящим путем, обычно при катаральном бронхите или бронхиолите), реже перибронхиально (обычно при деструктивном бронхите или бронхиолите).</p> <p>Бронхопневмония возникает гематогенным путем,</p>	
--	--	--	--

		<p>что встречается при генерализации инфекции (септические пневмонии). При любой этиологии слизистая оболочка становится полнокровной и набухшей, продукция слизи железами и бокаловидными клетками резко усиливается; покровный призматический эпителий слизистой оболочки слущивается, что ведет к повреждению мукоцилиарного механизма очищения бронхиального дерева. Стенки бронхов и бронхиол утолщаются за счет отека и клеточной</p>	
--	--	---	--

		<p>инфильтрации. В дистальных отделах бронхов чаще возникает панбронхит и панбронхиолит, а в проксимальном – эндомезобронхит. Отек и клеточная инфильтрация стенки бронха нарушают дренажную функцию бронхов, что способствует аспирации инфицированной слизи в дистальные отделы бронхиального дерева; при кашлевых толчках могут появляться преходящие расширения просвета бронхов – транзиторные бронхоэктазы.</p> <p>Очаги воспаления при бронхопневмонии</p>	
--	--	---	--

		<p>обычно возникают в задних и задненижних сегментах легких – II, VI, VIII, IX, X. Они разных размеров, плотные, на разрезе серо-красные. В зависимости от размера очагов различают милиарную (альвеолит), ацинозную, дольковую, сливную дольковую, сегментарную и полисегментарную бронхопневмонии. В альвеолах отмечают скопления экссудата с примесью слизи, много нейтрофилов, макрофагов, эритроцитов, слущенного альвеолярного эпителия; иногда определяется</p>	
--	--	--	--

		<p>небольшое количество фибрина. Экссудат распределяется неравномерно: в одних альвеолах его много, в других – мало. Межалвеолярные перегородки пронизаны клеточным инфильтратом.</p> <p>Стафилококковая бронхопневмония обычно вызывается золотистым стафилококком, часто ее обнаруживают после перенесенной вирусной инфекции. Она отличается тяжелым течением. Воспаление локализуется обычно в IX и X сегментах легкого, где находят очаги нагноения и некроза. После опорожнения гноя</p>	
--	--	--	--

		<p>через бронхи образуются мелкие и более крупные полости. В окружности очагов некроза развивается серозногеморрагическое воспаление.</p> <p>Стрептококковая бронхопневмония вызывается обычно гемолитическим стрептококком, нередко в сочетании с вирусом. Протекает остро. Легкие увеличены, с поверхности стекает кровянистая жидкость. В бронхах разного калибра преобладает лейкоцитарная инфильтрация, возможны некроз стенки бронхов, образование абсцессов и бронхоэктазов.</p> <p>Пневмококковая</p>	
--	--	---	--

		<p> бронхопневмония характеризуется образованием очагов, тесно связанных с бронхиолами, в экссудате – нейтрофилы, фибрин. По периферии очагов пневмонии – зона отека, где обнаруживают много микробов. Легкое на разрезе пестрого вида. </p> <p> Грибковая бронхопневмония (пневмомикоз) может вызываться разными грибами, но чаще всего типа <i>Candida</i>. Очаги пневмонии разных размеров (лобулярные, сливные), плотноватые, на разрезе сероватоз-розовой окраски. В центре очагов определяется распад, в </p>	
--	--	---	--

		<p>котором обнаруживаются нити гриба.</p> <p>В значительной степени осложнения бронхопневмонии зависят от особенностей их этиологии, возраста и общего состояния больного. Фокусы пневмонии могут подвергаться карнификации или нагноению с образованием абсцессов; если очаг расположен под плеврой, возможен плеврит.</p> <p>Смерть больных может быть обусловлена нагноением легкого, гнойным плевритом. Особенно опасна для</p>	
--	--	---	--

		жизни бронхопневмония в раннем детском и старческом возрасте.	
10.	Болезни кишечника. Энтерит острый и хронический. Этиология, патогенез, Морфология, осложнения. Колит острый и хронический. Этиология, патогенез, морфология, осложнения. Неспецифический язвенный колит.	Энтерит, или воспаление тонкого кишечника: по локализации различают воспаление двенадцатиперстной кишки (дуоденит), тощей кишки (еюнит) и подвздошной (илеит). Энтерит может быть хроническим и острым. Острый энтерит гистологически может быть катаральным, фибринозным, гнойным и некротически- язвенным. При катаральном энтерите слизистая оболочка полнокровна, отечна, покрыта серозным,	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704- 6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1

		<p>серозно-слизистым или серозно-гнойным экссудатом.</p> <p>Воспалительный процесс охватывает и подслизистый слой. Эпителий подвергается дистрофии и десквамации, бокаловидные клетки гиперплазированные, отмечаются мелкие эрозии и кровоизлияния. При фиброзном энтерите слизистая оболочка некротизирована и пронизана фибринозным экссудатом, на поверхности серые или серо-коричневые наложения. В зависимости от глубины некроза воспаление может быть</p>	
--	--	--	--

		<p> крупозным и дифтеритическим, при отторжении последнего образуются глубокие язвы. При гнойном энтерите стенки кишки пропитываются гноем или образуются гнойнички. При некротическо-язвенном энтерите деструктивные процессы протекают в групповых и солитарных лимфатических фолликулах кишки или в слизистой оболочке вне связи с лимфатическим аппаратом. При любом виде процесса развиваются гиперплазия и ретикуломикрофагальн ая трансформация </p>	
--	--	--	--

		<p>лимфатического аппарата кишки. При хроническом энтерите различают две формы – без атрофии слизистой оболочки и атрофический энтерит. Для энтерита без атрофии слизистой оболочки характерны неравномерная толщина ворсинок и появление булабовидных утолщений их дистальных отделов. Цитоплазма энтероцитов ворсинок вакуолизована. Между энтероцитами апикальных отделов близлежащих ворсинок появляются спайки, строма ворсинок инфильтрирована плазматическими</p>	
--	--	--	--

		<p>клетками, лимфоцитами и эозинофилами. Клеточный инфильтрат спускается с крипты, которая, может быть, кистозно расширена. Инфильтрат раздвигает крипты и доходит до мышечного слоя слизистой оболочки.</p> <p>При атрофии ворсинки укорачиваются, срстаются и деформируются – в них происходит коллапс аргирофильных волокон. Энтероциты вакуолизированы.</p> <p>Появляется большое количество бокаловидных клеток. Крипты атрофированы или кистозно расширены, а также инфильтрированы</p>	
--	--	---	--

		<p>лимфогистиоцитарным и элементами и замещены разрастаниями коллагеновых и мышечных волокон. Если атрофические процессы протекают только в ворсинках, то это гиперрегенераторный вариант атрофии, а если атрофичны и ворсинки, и крипты, то имеет место гипорегенеративный вариант атрофии.</p> <p>Колит – это воспаление толстого отдела кишечника. При поражении преимущественно слепого отдела говорят о тифлите, поперечно-ободочного отдела – о трансверзите,</p>	
--	--	---	--

		<p>сигмовидного – о сигмоидите и прямой кишки – о проктите. Воспаление всей толстой кишки называется панколит. Воспаление может быть хроническим и острым.</p> <p>Острый колит имеет 7 форм. Катаральный колит проявляется гиперемией и отеком слизистой оболочки, а на ее поверхности имеется серозный, слизистый или гнойный экссудат.</p> <p>Воспалительный инфильтрат пропитывает весь слизистый и подслизистый слои, и визуализируются кровоизлияния.</p> <p>Дистрофия и некробиоз</p>	
--	--	---	--

		<p>эпителия сочетаются с десквамацией поверхностного эпителия и гиперсекрецией желез. Фибринозный колит в зависимости от глубины некроза слизистой оболочки и проникновения фибринозного экссудата может быть крупозным и дифтеритическим. Гнойный колит характеризуется флегмонозным воспалением. При геморрагическом колите в стенке кишки возникают множественные кровоизлияния, и она пропитывается кровью. При некротическом колите некрозу</p>	
--	--	--	--

		<p>подвергается не только слизистый, но и подслизистый слой. Гангренозный колит является вариантом некротического. При язвенном колите в слизистом слое кишки образуются язвы, и, как исход, происходят дистрофические или некротические изменения стенки кишки. Хронический колит бывает без атрофии слизистой оболочки и атрофический. При хроническом колите без атрофии слизистой оболочки последняя отечна, тускла, зерниста, серо-красная или красная, с наличием множественных</p>	
--	--	---	--

		<p>кровоизлияний и эрозий.</p> <p>Призматический эпителий подвергается десквамации и утолщению. Число бокаловидных клеток в криптах увеличивается, а крипты укорочены, с расширенным просветом. Слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, эозинофилами, с наличием кровоизлияний.</p> <p>Степень инфильтрации может быть от умеренной до выраженной диффузной. При хроническом атрофическом колите</p>	
--	--	--	--

		<p>призматический эпителий утолщается, число крипт уменьшается, а гладкомышечные элементы гиперплазированы. В слизистой оболочке преобладают гистиолимфоцитарная инфильтрация и разрастание соединительной ткани.</p> <p>Неспецифический язвенный колит – это хроническое рецидивирующее заболевание, которое проявляется воспалением толстой кишки с нагноением, изъязвлением, геморрагиями и исходом в склеротическую деформацию стенки.</p>	
--	--	--	--

		<p>Это заболевание аллергической природы, характеризующееся аутоиммунной агрессией.</p> <p>Локализуется в прямой, сигмовидной или поперечно-ободочной кишке. Иногда патологический процесс локализуется по всей толстой кишке.</p> <p>Морфологически выделяют острую и хроническую формы неспецифического язвенного колита. При острой форме стенка кишки отечна, гиперемирована, с наличием множественных эрозий и поверхностными язвами неправильной формы. Иногда язвы</p>	
--	--	---	--

		<p>могут глубоко проникать в мышечный слой. На дне язвы и в зоне некроза видны сосуды с фибриноидным некрозом и аррозией стенок. Иногда язва перфорирует, и возникает кишечное кровотечение.</p> <p>Отдельные язвы гранулируют и образуют грануломатозные псевдополипы.</p> <p>Слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками и эозинофилами. При хронической форме отмечается резкая деформация кишки – она становится короче,</p>	
--	--	---	--

		<p>утолщается и уплотняется. Просвет кишки сужается. Превалируют репаративно-склеротические процессы. Язвы гранулируются и рубцуются, эпителизируются неполностью. Образуются псевдополипы. В сосудах отмечается продуктивный эндovasкулит, стенки склерозируются.</p> <p>Воспаление носит продуктивный характер и проявляется в виде инфильтрации стенки кишки лимфоцитами, гистиоцитами, плазматическими клетками.</p>	
--	--	--	--

--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	3 - сущность и основные закономерности обще-патологических процессов

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ЗАПРОГРАММИРОВАННАЯ СМЕРТЬ КЛЕТКИ, КОТОРАЯ ИСТРЕЧАЕТСЯ В НОРМЕ В ОРГАНАХ ПЛОДА, НАЗЫВАЕТСЯ 1) апоптоз 2) аутолиз 3) гетеролиз	1) апоптоз	Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. -

	<p>4) гетерофагия 5) фибриноидный некроз</p>		<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
2.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЛЛИКВАЦИ ОННОГО НЕКРОЗА 1) почки 2) миокард 3) селезенка 4) головной мозг</p>	4) головной мозг	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>

Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>КЛЕТКИ, ФАГОЦИТИРУЮЩИЕ АПОПТОЗНЫЕ ТЕЛЬЦА</p> <p>1) макрофаги 2) лимфоциты 3) стромальные 4) фибробласты 5) паренхиматозные</p>	<p>1) макрофаги 3) стромальные 5) паренхиматозные</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
2.	<p>ГИПЕРПЛАЗИЯ БЫВАЕТ</p> <p>1) атрофическая 2) патологическая 3) дистрофическая 4) физиологическая 5) метапластическая</p>	<p>2) патологическая 4) физиологическая</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. -</p>

			Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Благоприятные исходы некроза 2. Неблагоприятные исходы некроза А. Организация Б. Оссификация В. Нагноение Г. Петрификация Д. Инкапсуляция Е. Образование кисты	1-АБГДЕ 2-В	Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>У больного, страдающего хроническим бронхитом, рентгенологически обнаружено гомогенное затемнение округлой формы в области корня правого легкого. При бронхоскопии слизистая оболочка правого нижнедолевого бронха неровная, с участками разрастания опухолевидной ткани. При гистологическом исследовании ткани опухоли обнаружены множественные гнездные скопления эпителиальных клеток с явлениями полиморфизма и большим числом митозов. В центре скоплений эпителиальных клеток — гомогенные массы рогового вещества. 1. Как назвать обнаруженный рак легкого в зависимости от его локализации? 2. Какая макроскопическая форма рака имеется в данном случае? 3. Какой</p>	<p>1.Центральный. 2.Узловатый рак. 3. Плоскоклеточный 4.Хронический бронхит. 5.Регионарные лимфатические узлы</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>

	гистологический тип рака легкого имеет место? 4. Что является фоновым предопухолевым процессом в данном случае? 5. Где следует ожидать первые метастазы опухоли?		
7.	У больного 62 лет при анализе крови обнаружено увеличение лейкоцитов до 135 000 за счет лимфоцитарных элементов. При обследовании в клинике обнаружена увеличение шейных лимфатических узлов, печени, селезенки. Через год больной поступил с жалобами на лихорадку, слабость, резкую боль в горле при глотании. В крови обнаружены бластные формы лимфоцитов. 1. Назовите форму лейкоза. 2. О какой особенности течения лейкоза можно говорить на основании обнаружения в крови бластов? 3. Чем объяснить жалобы больного на резкие боли при глотании? 4. Какие микроскопические изменения можно обнаружить при биопсии лимфоузла?	1.Хронический лимфолейкоз 2. Обострение (бластный криз) 3. Развитие некротической ангины 4. Стирание рисунка, разрастание атипичных клеток лимфоидного ряда	Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html
8.	Больной 50 лет. Отметил увеличение группы лимфатических узлов на шее слева. Жалуется на слабость,	1.Лимфогранулематоз 2.Смешанно-клеточный вариант	Пауков, В. С. Патология : руководство / Под

	<p>потерю веса, кожный зуд, лихорадку. СОЭ — 40 мм/ч, в лейкоцитарной формуле отклонений нет. При изучении биоптата лимфатического узла среди лимфоидных элементов найдена пролиферация атипичных клеток, имеются гигантские многоядерные клетки, участки некроза и склероза.</p> <p>1. О каком заболевании идет речь? 2. О каком варианте (стадии) заболевания следует думать на основании результатов гистологического исследования? 3. Какие клетки имеют диагностическое значение при постановке диагноза? 4. Какой вид имеет селезенка при этом заболевании?</p>	<p>3. Малые и большие клетки Ходжкина, многоядерные клетки Березовского-Штернберга 4. «Порфириновая» селезенка</p>	<p>ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
9.	<p>Больной, страдавший язвенной болезнью желудка, умер от массивного желудочного кровотечения (в желудке и кишечнике обнаружено 2,5 л крови).</p> <p>1. Какой вид анемии имеет место? 2. Как изменены кожные покровы (цвет)? 3. Как изменены внутренние органы (цвет, консистенция, объем)?</p>	<p>1. Острая постгеморрагическая анемия 2. Бледные 3. Бледные иногда с желтоватым оттенком, дряблые, уменьшены</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500</p>

			с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html
10.	У больной жалобы на повышение аппетита, жажду, полиурию, сухость и зуд кожных покровов, частые гнойничковые заболевания. Гипергликемия и глюкозурия. 1. О каком заболевании идет речь? 2. Какая эндокринная железа изменена? 3. Каков характер ее макроскопических изменений? 4. Каков характер ее микроскопических изменений? 5. Какие изменения возникают при этом в почках (название)?	1.Сахарный диабет 2. Поджелудочная железа 3.Уменьшена, плотной консистенции, замещена жировой и соединительной тканью 4.Атрофия островкового аппарата, липоматоз, склероз, накопление амилоида 5. Диабетический гломерулосклероз	Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

6.	<p>Патологическое обызвествление (кальцинозы). Виды кальцинозов: дистрофические, метастатические. Причины, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, диагностика, клинические проявления, исходы.</p>	<p>Кальций связан с процессами проницаемости клеточных мембран, возбудимости нервно-мышечных приборов, свертывания крови, регуляции кислотно-основного состояния, формирования скелета и т.д.</p> <p>Нарушения обмена кальция называют <i>кальцинозом, известковой дистрофией</i>, или <i>обызвествлением</i>. В его основе лежит выпадение солей кальция из растворенного состояния и отложение</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
----	---	--	--

		<p>их в клетках или межклеточном веществе. Матрицей обызвествления могут быть митохондрии и лизосомы клеток, гликозаминогликаны основного вещества, коллагеновые или эластические волокна. В связи с этим различают внутриклеточное и внеклеточное обызвествление.</p> <p>Кальциноз может быть системным (распространенным) или местным.</p> <p>Механизм развития. В зависимости от преобладания общих или местных факторов в развитии кальциноза различают три формы обызвествления: метастатическое,</p>	
--	--	---	--

		<p>дистрофическое и метаболическое.</p> <p><i>Метастатическое обызвествление (известковые метастазы)</i> имеет распространенный характер. Основной причиной его возникновения является <i>гиперкальцием ия</i>, связанная с усиленным выходом солей кальция из депо, пониженным их выведением из организма, нарушением эндокринной регуляции обмена кальция (гиперпродукция паратгормона, недо- статок кальцитонина). Поэтому возникновение известковых метастазов</p>	
--	--	---	--

		<p>отмечают при разрушении костей (множественные переломы, миеломная болезнь, метастазы опухоли), остеомалации и гиперпаратиреоидной остеодистрофии, поражениях толстой кишки (отравление сулемой, хроническая дизентерия) и почек (поликистоз, хронический нефрит), избыточном введении в организм витамина D и др.</p> <p>Соли кальция при метастическом обызвествлении выпадают в разных органах и тканях, но наиболее часто - в легких, слизистой оболочке желудка,</p>	
--	--	---	--

		<p>почках, миокарде и стенке артерий. Это объясняется тем, что легкие, желудок и почки выделяют кислые продукты и их ткани вследствие большей щелочности менее способны удерживать соли кальция в растворе, чем ткани других органов. В миокарде и стенке артерий известь откладывается в связи с тем, что их ткани омываются артериальной кровью и относительно бедны углекислотой.</p> <p>Внешний вид органов и тканей мало изменяется, иногда на поверхности разреза</p>	
--	--	---	--

		<p>видны беловатые плотные частицы. При известковых метастазах соли кальция инкрустируют как клетки паренхимы, так и волокна и основное вещество соединительной ткани. В миокарде (рис. 42) и почках первичные отложения извести находят в митохондриях и фаголизосомах, обладающих высокой активностью фосфатаз (образование фосфата кальция). В стенке артерий и в соединительной ткани известь первично выпадает по ходу мембран и волокнистых структур. Вокруг отложений извести</p>	
--	--	--	--

		<p>наблюдается воспалительная реакция, иногда отмечают скопление макрофагов, гигантских клеток, образование гранулемы.</p> <p>При <i>дистрофическом обызвествлении</i>, или <i>не трификации</i>, отложены солей кальция имеют местный характер и обычно обнаруживаются в тканях, омертвевших или находящихся в состоянии глубокой дистрофии; гиперкальциемия отсутствует. Основная причина дистрофического обызвествления - физико-химические изменения тканей, обеспечивающие</p>	
--	--	---	--

		<p>абсорбцию извести из крови и тканей жидкости. Наибольшее значение придается ощелачиванию среды и усилению активности фосфатаз, высвобождающихся из некротизированных тканей.</p> <p>При дистрофическом обызвествлении в тканях образуются разных размеров известковые сростки каменной плотности - <i>петрификаты</i>; в ряде случаев в петрификатах появляется костная ткань (<i>оссификация</i>). Петрификаты образуются в казеозных очагах при туберкулезе, гуммах, инфарктах, фокусах хронического воспаления и т.д.</p>	
--	--	---	--

		<p>Дистрофическому обызвествлению подвергаются также рубцовая ткань (например, клапанов сердца при его пороке, атеросклеротических бляшек - рис. 43), хрящи (хондрокальциноз), погибшие паразиты (эхинококк, трихины), мертвый плод при внематочной беременности (литопедион) и др.</p> <p>Механизм <i>метаболического обызвествления</i> (известковая подагра, интерстициальный кальциноз) не выяснен: общие (гиперкальциемия) и местные (дистрофия,</p>	
--	--	---	--

		<p>некроз, склероз) предпосылки отсутствуют. В развитии метаболического обызвествления главное значение придают нестойкости буферных систем (рН и белковые коллоиды), в связи с чем кальций не удерживается в крови и тканевой жидкости даже при невысокой его концентрации, а также наследственно обусловленной повышенной чувствительности тканей к кальцию - <i>кальцергии, или кальци</i> <i>филаксии</i> (Селье Г., 1970).</p> <p>Различают системный и ограниченный интерстициальный</p>	
--	--	--	--

		<p>кальциноз.</p> <p>При интерстициально-м системном (универсальном) кальцинозе известь выпадает в коже, подкожной клетчатке, по ходу сухожилий, фасций и апоневрозов, в мышцах, нервах и сосудах; иногда локализация отложений извести бывает такой же, как при известковых метастазах. Интерстициальный ограниченный (местный) кальциноз, или известковая подагра, характеризуется отложением извести в виде пластинок в коже пальцев рук, реже ног.</p> <p>Исход. Неблагоприятен</p>	
--	--	--	--

		<p>: выпавшая известь обычно не рассасывается или рассасывается с трудом.</p> <p>Значение. Имеют значение распространенность, локализация и характер обызвествлений. Так, отложение извести в стенке сосуда ведет к функциональным нарушениям и может явиться причиной ряда осложнений (например, тромбоза). Наряду с этим отложение извести в казеозном туберкулезном очаге свидетельствует о его закреплении, т.е. имеет репаративный характер.</p>	
7.	Шок. Определение, виды,	<i>Шок</i> (от франц. <i>choc</i>) -	Пауков, В. С.

	<p>механизмы развития, стадии, морфологическая характеристика, клинические проявления.</p>	<p>остро развивающийся патологический процесс, обусловленный действием сверхсильного раздражителя и характеризующийся нарушением деятельности ЦНС, обмена веществ и главное ауторегуляции микроциркуляторной системы, что ведет к деструктивным изменениям органов и тканей.</p> <p>В основе шока различного происхождения лежит единый сложный многофазный механизм развития. Но для раннего периода шока характерны относительно</p>	<p>Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	--	---

		<p>специфичные признаки, обусловленные особенностями этиологии и патогенеза.</p> <p>Исходя из этого, различают следующие виды шока: 1) гиповолемический, в основе которого лежит острое уменьшение объема циркулирующей крови (или жидкости); 2) травматический, пусковым механизмом которого является чрезмерная афферентная (преимущественно болевая) импульсация; 3) кардиогенный, возникающий в результате быстрого падения сократительной функции миокарда и</p>	
--	--	---	--

		<p>нарастания потока афферентной (преимущественно «гипоксической») импульсации; 4) септический (токсико-инфекционный), вызываемый эндотоксинами патогенной микрофлоры.</p> <p>В развитии шока выделяют стадии компенсации и декомпенсации.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия компенсации - активация реакций, направленных на поддержание АД и объёма циркулирующей крови. Происходит выброс катехоламинов, 	
--	--	--	--

		<p>вызывающих спазм прекапиллярных сфинктеров, открытие прямых артериоловеноулярных шунтов. У пациента отмечают умеренно выраженное психомоторное возбуждение, тахикардию, нормальное или слегка сниженное АД при уменьшении пульсового давления. Присутствуют признаки констрикции резистивных сосудов: кожные покровы бледные, холодные, диурез снижен.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стадия декомпенсации - увеличение несостоятельности 	
--	--	---	--

		<p>гемодинамики. После спазма прекапилляров развиваются парез и застой крови в микроциркуляторном русле. Снижены венозный возврат к сердцу и сердечный выброс. Возникает циркуляторная гипоксия. Нарастают метаболический ацидоз, стаз и микротромбоз сосудов. У пациентов наблюдают заторможенность сознания, частое дыхание, снижение АД, тахикардию, нитевидный пульс, анурию. Кожные покровы серо-землистые, холодные, влажные.</p>	
--	--	---	--

		<p>В поздний период шока относительная специфичность признаков, обусловленных особенностями его этиологии и патогенеза, исчезает, его клинимо-морфологические проявления становятся стереотипными.</p> <p>Для <i>морфологической картины</i> шока характерны нарушения гемокоагуляции в виде ДВС-синдрома, геморрагического диатеза, жидкой трупной крови, которые могут явиться основой для диагностики шока на вскрытии (Пермяков Н.К., 1979). Микроскопически</p>	
--	--	--	--

		<p> нарушения гемодинамики и реологических свойств крови представлены распространенным спазмом сосудов, микротромбами в системе микроциркуляции, признаками повышенной проницаемости капилляров, геморрагиями. Во внутренних органах развивается ряд общих изменений в виде дистрофии и некроза, обусловленных нарушениями гемодинамики, гипоксией, повреждающим действием биогенных аминов, эндотоксинов патогенной </p>	
--	--	---	--

		<p>микрофлоры. Выраженность этих изменений в значительной мере определяет возможность обратимости шока.</p> <p>Морфологические изменения при шоке могут иметь ряд особенностей, обусловленных как структурно- функциональной специализацией органа, так и преобладанием в патогенезе шока одного из его звеньев - нейрорефлекторного, гипоксического, токсического.</p> <p>Руководствуясь этим положением, при</p>	
--	--	--	--

		<p>характеристике шока стали использовать термин «шоковый орган».</p> <p><i>В шоковой почке</i> тяжелым дистрофическим и некротическим изменениям подвергаются наиболее функционально отягощенные отделы нефрона - проксимальные канальцы; развивается некротический нефроз (иногда симметричные кортикальные некрозы почек), что обуславливает острую почечную недостаточность при шоке. <i>В шоковой печени</i> гепатоциты теряют гликоген, подвергаются</p>	
--	--	--	--

		<p>гидропической дистрофии, развиваются центролобулярные некрозы печени, появляются признаки структурнофункциональной недостаточности звездчатых ретикулоэндотелиоцитов. Все эти изменения определяют возможность развития острой печеночной недостаточности при шоке. При этом нередко сочетание почечной и печеночной недостаточности, тогда говорят о <i>гепаторенальном синдроме</i>.</p> <p><i>Шок</i> характеризуется очагами ателектаза, серозногеморрагически</p>	
--	--	---	--

		<p>м отеком с выпадением фибрина в просвет альвеол, гемостазом и тромбами в микроциркуляторном русле, что обуславливает развитие острой дыхательной недостаточности.</p> <p><i>Структурные изменения миокарда при шоке</i> представлены дистрофическими и некробиотическими изменениями кардиомицитов: исчезновением гликогена, появлением липидов и контрактур миофибрилл. Возможно появление мелких очагов некроза.</p> <p>Выраженные структурные повреждения при шоке</p>	
--	--	--	--

		<p>выявляются не только в шоковых органах, но и в желудочно-кишечном тракте, нервной, эндокринной и иммунной системах.</p> <p>Принципы противошоковой терапии. Лечение должно быть направлено на восстановление сердечного выброса и кровоснабжения тканей. Для нормализации адекватного кровообращения необходимо восстановление функций сердца с помощью кардиотонических препаратов, увеличение АД за счёт вазопрессорных средств. При отсутствии отёка</p>	
--	--	---	--

		<p>лёгких необходимо увеличение объёма циркулирующей крови путём введения инфузионных растворов (солевых и коллоидных) и препаратов крови. При частом дыхании (более 30 вдохов за 1 мин) пациента переводят на искусственную вентиляцию лёгких. При любом шоке показана ингаляция кислорода. Одновременно необходимо проводить коррекцию ацидоза, гипоксемии и гипотермии.</p>	
8.	Тромбоз. Определение, местные и общие факторы тромбообразования. Тромб, его виды, морфологическая характеристика. Тромбоз вен. Тромбоз артерий. Тромбоз в	Патогенез тромбоза сложен и складывается из участия как местных, так и общих факторов, которые,	Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э.

	<p>полостях сердца. Значение и исходы тромбоза.</p>	<p>взаимодействуя друг с другом, ведут к образованию тромба. К <i>местным</i> факторам относят изменения сосудистой стенки, замедление и нарушение тока крови; к <i>общим</i> факторам - нарушение регуляции свертывающей и противосвертывающей систем жидкого состояния крови в сосудистом русле и изменение состава крови.</p> <p>Тромбы могут образовываться во всех отделах <u>сердечно-сосудистой системы</u>: полостях сердца, артериях, венах, капиллярах. В <u>сердце</u> они образуются чаще всего</p>	<p>Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	---	---	--

		<p>в аневризмах желудочков после инфарктов, в предсердиях — при пороках клапанов. В аорте и артериях — при язвенном атеросклерозе, в <u>аневризме аорты</u>. В венах — при варикозном расширении, длительных застоях. Тромбоз наблюдаются при многих заболеваниях как осложняющий общепатологический процесс, иногда тромбоз составляет основу болезни и обуславливает особую нозологическую форму — <u>тромбоэмболическую болезнь</u></p>	
--	--	--	--

		<p>Тромбоз — это процесс прижизненного свертывания крови в просвете сосуда или в полостях сердца. Это необратимая денатурация белков и форменных элементов крови.</p> <p>Причины:</p> <p>1) изменения сосудистой стенки при воспалительных процессах, ангионевротических спазмах, атеросклерозе, при гипертонической болезни (вместо правильной констрикции и дилатации венозный сосуд сужается и долгое время поддерживает свою форму спастически);</p> <p>2) изменения скорости и направления</p>	
--	--	---	--

		<p>кровотока (при сердечной недостаточности). Тромбы, появляющиеся при резкой сократительной слабости, при возрастающей сердечной недостаточности, называются марантическими (застойными). Они могут возникать в периферических венах;</p> <p>3) ряд причин, связанных с изменением химического состава крови: при увеличении грубодисперсных белков, фибриногена, липидов. Такие состояния наблюдаются при злокачественных опухолях,</p>	
--	--	---	--

		<p>атеросклерозе.</p> <p>Механизм тромбообразования состоит из IV стадий:</p> <p>I — фаза агглютинации тромбоцитов;</p> <p>II — коагуляция фибриногена, образование фибрина;</p> <p>III — агглютинация эритроцитов;</p> <p>IV — преципитация — осаждение в сгустки различных белков плазмы.</p> <p>Макроскопически — необходимо отличать тромб от посмертного сгустка. Тромб имеет тесную связь со стенкой кровеносного сосуда, а сгусток, как правило, лежит свободно. Для тромба</p>	
--	--	--	--

		<p>ха</p> <p>рактерна тусклая, иногда даже шероховатая поверхность, а у сгустка поверхность выглядит гладкой, блестящей, «зеркальной».</p> <p>Тромб имеет хрупкую консистенцию, а консистенция сгустка желеобразная.</p> <p>В зависимости от места и условий, при которых произошло образование тромба, различаются:</p> <p>1) белые тромбы (тромбоциты, фибрины, лейкоциты). Эти тромбы образуются при быстром кровотоке в артериях;</p> <p>2) красные тромбы (тромбоциты, фибрины,</p>	
--	--	--	--

		<p>эритроциты) возникают в условиях медленного кровотока, чаще всего в венах;</p> <p>3) смешанные: место прикрепления именуется головкой, тело свободно расположено в просвете сосуда. Головка часто построена по принципу белого тромба, в теле идет</p> <p>чередование белых и красных участков, а хвост обычно красный;</p> <p>4) гиалиновые тромбы — очень редкий вариант (они состоят из разрушенных эритроцитов, тромбоцитов, белкового преципитата). Именно белковый преципитат и создает сходство с</p>	
--	--	---	--

		<p>хрящом. Эти тромбы образуются в артериолах и венах. По отношению к просвету сосуда различаются тромбы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) закупоривающие (обтурирующие), т. е. просвет сосуда закрыт массой тромба; 2) пристеночные; 3) в камерах сердца и в аневризмах встречаются шаровидные тромбы. <p>Исход тромбоза различен. К благоприятным исходам относят <i>асептический аутолиз тромба</i>, возникающий под влиянием протеолитических ферментов лейкоцитов.</p>	
--	--	--	--

		<p>Мелкие тромбы могут полностью подвергаться асептическому аутолизу. Чаше тромбы, особенно крупные, замещаются соединительной тканью, т.е. организуются.</p> <p>Врастание соединительной ткани в тромб начинается в области головки со стороны интимы сосуда, далее вся масса тромба замещается соединительной тканью, в которой появляются щели или каналы, выстланные эндотелием, происходит так называемая канализация тромба (см. рис. 60). Позже выстланные эндотелием каналы превращаются в сосуды, содержащие кровь, в таких случаях</p>	
--	--	---	--

		<p>говорят о васкуляризации тромба. Васкуляризация тромба нередко восстанавливает проходимость сосуда для крови. Однако организация тромба не всегда заканчивается его канализацией и васкуляризацией. Возможны обызвествление тромба, его петрификация, в венах при этом иногда возникают камни - <i>флеболиты</i>.</p> <p>К неблагоприятным исходам тромбоза относят отрыв тромба или его части и превращение в <i>тромбоэмбол</i>, который является источником тромбоэмболии; септическое расплавление тромба, которое возникает при попадании в</p>	
--	--	--	--

		<p>тромботические массы гноеродных бактерий, что ведет к тромбобактериальной эмболии сосудов различных органов и тканей (при сепсисе).</p> <p>Значение тромбоза определяется быстротой его развития, локализацией и распространенностью, а также исходом. В некоторых случаях можно говорить о благоприятном значении тромбоза, например при тромбозе аневризмы, когда тромб «укрепляет» ее стенку. В подавляющем большинстве случаев тромбоз - явление опасное, так как обтурирующие тромбы в артериях могут стать причиной инфаркта или гангрены. В то же</p>	
--	--	---	--

		<p>время пристеночные, медленно образующиеся тромбы даже в крупных артериальных стволах могут не вести к тяжелым последствиям, так как в таких случаях успевают развиться коллатеральное кровообращение.</p>	
9.	<p>Воспаление: определение, сущность и биологическое значение. Классификация. Проблема местного и общего в понимании воспаления. Острое воспаление. Этиология и патогенез. Реакция кровеносных сосудов при остром воспалении.</p>	<p><i>Воспаление</i> - комплексная местная сосудисто-мезенхимальная реакция на повреждение ткани, вызванное действием различного рода агентов. Эта реакция направлена на уничтожение агента, вызвавшего повреждение, и на восстановление поврежденной ткани.</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-</p>

		<p>Воспаление - реакция, выработанная в ходе филогенеза, имеет защитно-приспособительный характер и несет в себе элементы не только патологии, но и физиологии. Такое двойственное значение для организма воспаления - своеобразная его особенность.</p> <p>Еще в конце XIX столетия И.И. Мечников считал, что воспаление — это приспособительная и выработанная в ходе эволюции реакция организма и одним из важнейших ее проявлений служит фагоцитоз микрофагами и</p>	COS-2421.html
--	--	--	---------------

		<p>макрофагами патогенных агентов и обеспечение таким образом выздоровления организма. Но репаративная функция воспаления была для И.И. Мечникова сокрыта. Подчеркивая защитный характер воспаления, он в то же время полагал, что целительная сила природы, которую и представляет собой воспалительная реакция, не есть еще приспособление, достигшее совершенства. По мнению И.И. Мечникова, доказательством этого являются частые болезни, сопровождающиеся</p>	
--	--	---	--

		<p>воспалением, и случаи смерти от них.</p> <p>Альтерация, расстройства микроциркуляции (с экссудацией и эмиграцией) и пролиферация являются основными компонентами или внутренними признаками воспаления. Кроме того, очаг воспаления характеризуется пятью внешними (местными) проявлениями: краснотой (<i>rubor</i>), припухлостью (<i>tumor</i>), повышением температуры, или жаром (<i>calor</i>), болезненностью, или болью (<i>dolor</i>), нарушением функции <i>functio laesa</i>). Эти признаки</p>	
--	--	--	--

		<p>особенно хорошо определяются, когда очаг воспаления находится на наружных покровах.</p> <p>Воспаление может проявляться не только местными, но и общими признаками, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса.</p> <p>Общие проявления воспаления включают лихорадку, реакции кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза, повышенную скорость оседания эритроцитов, ускоренный обмен веществ, измененную иммунологическую</p>	
--	--	--	--

		<p>реактивность, явления интоксикации организма.</p> <p>Воспаление относится к числу наиболее распространенных типовых патологических процессов.</p> <p>Одновременно оно представляет собой важную защитно-приспособительную реакцию, эволюционно сформировавшуюся как способ сохранения целого организма ценой повреждения его части. С помощью воспаления обеспечиваются локализация и элиминация воспалительного агента и (или) поврежденной</p>	
--	--	---	--

		<p>под его воздействием ткани.</p> <p>Этиология воспаления</p> <p>Вызывающие воспаление факторы могут быть биологическими, физическими (в том числе травматическими), химическими; по происхождению они эндогенные или экзогенные.</p> <p><i>Среди биологических факторов</i> наибольшее значение имеют вирусы, бактерии, грибы и животные паразиты. К биологическим причинам воспаления</p>	
--	--	---	--

		<p>могут быть отнесены циркулирующие в крови антитела и иммунные комплексы, которые состоят из антигена, антител и компонентов комплемента, причем антиген может быть немикробной природы.</p> <p><i>К физическим факторам, вызывающим воспаление, относят лучевую и электрическую энергию, высокие и низкие температуры, различного рода травмы.</i></p> <p><i>Химическими факторами</i> воспаления могут быть различные химические вещества, токсины и яды.</p>	
--	--	---	--

		<p>Развитие воспаления определяется не только воздействием того или иного этиологического фактора, но и особенностью реактивности организма.</p> <p>Морфология и патогенез воспаления</p> <p><i>Воспаление</i> может выражаться образованием микроскопического очага или обширного участка, иметь не только очаговый, но и диффузный характер. Иногда воспаление возникает в системе тканей, тогда говорят о системных воспалительных поражениях (ревматические болезни при системном</p>	
--	--	--	--

		<p>воспалительном поражении соединительной ткани, системные васкулиты и др.). Иногда провести грань между локализованным и системным воспалительным процессом бывает трудно.</p> <p>Воспаление развивается на территории <i>гистиона</i> и складывается из следующих последовательно развивающихся фаз: 1) альтерация; 2) экссудация; 3) пролиферация гематогенных и гистиогенных клеток и, реже, паренхиматозных клеток (эпителия). Взаимосвязь этих фаз</p>	
--	--	---	--

		<p>показана на схеме IX.</p> <p>Альтерация - повреждение ткани, является <i>инициальной фазой</i> воспаления и проявляется различного вида дистрофией и некрозом. В эту фазу воспаления происходит выброс биологически активных веществ - медиаторов воспаления. Это - пусковой механизм воспаления, определяющий кинетику воспалительной реакции.</p> <p>Медиаторы воспаления могут быть плазменного (гуморального) и клеточного (тканевого) происхождения. <i>Медиа</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>торы плазменного происхождения — это представители калликреин-кининовой (кинины, калликреины), свертывающей и противосвертывающей (XII фактор свертывания крови, или фактор Хагемана, плазмин) и комплементарной (компоненты C₃-C₅) систем. Медиаторы этих систем повышают проницаемость микрососудов, активируют хемотаксис полиморфно-ядерных лейкоцитов, фагоцитоз и внутрисосудистую коагуляцию (схема X).</i></p> <p>Экссудация - фаза,</p>	
--	--	---	--

		<p>быстро следующая за альтерацией и выбросом медиаторов. Она складывается из ряда стадий: реакция микроциркуляторного русла с нарушениями реологических свойств крови; повышение сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла; экссудация составных частей плазмы крови; эмиграция клеток крови; фагоцитоз; образование экссудата и воспалительного клеточного инфильтрата.</p> <p><i>Реакция микроциркуляторного русла с нарушениями реологических свойств</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>крови</i> - один из ярких морфологических признаков воспаления. Изменения микрососудов начинаются с рефлекторного спазма, уменьшения просвета артериол и прекапилляров, которое быстро сменяется расширением всей сосудистой сети зоны воспаления и прежде всего посткапилляров и венул. <i>Воспалительная гиперемия</i> обуславливает повышение температуры (<i>calor</i>) и покраснение (<i>rubor</i>) воспаленного участка. При начальном спазме ток крови в артериолах становится ускоренным, а затем замедленным. В</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфатических сосудах, как и в кровеносных, вначале происходит ускорение лимфотока, а затем его замедление.</p> <p>Лимфатические сосуды переполняются лимфой и лейкоцитами.</p> <p>В бессосудистых тканях (роговица, клапаны сердца) в начале воспаления преобладают явления альтерации, а затем происходит врастание сосудов из соседних областей (это происходит очень быстро) и включение их в воспалительную реакцию.</p> <p>Изменения реологических свойств крови состоят в том,</p>	
--	--	---	--

		<p>что в расширенных венах и посткапиллярах при замедленном токе крови нарушается распределение в кровяном потоке лейкоцитов и эритроцитов. Полиморфно-ядерные лейкоциты (нейтрофилы) выходят из осевого тока, собираются в краевой зоне и располагаются вдоль стенки сосуда. Крае-</p> <p>вое расположение нейтрофилов сменяется их <i>краевым стоянием</i>, которое предшествует <i>эмиграции</i> и за пределы сосуда.</p>	
--	--	--	--

		<p>Изменения гемодинамики и сосудистого тонуса в очаге воспаления приводят к <i>стазу</i> в посткапиллярах и венолах, который сменяется <i>тромбозом</i>. Те же изменения возникают и в лимфатических сосудах. Таким образом, при продолжающемся притоке крови в очаг воспаления отток ее, а также лимфы нарушается. Блокада отводящих кровеносных и лимфатических сосудов позволяет очагу воспаления выполнять роль барьера, предупреждающего генерализацию</p>	
--	--	--	--

		<p>процесса.</p> <p><i>Повышение сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла является одним из существенных признаков воспаления. Вся гамма тканевых изменений, своеобразие форм воспаления в значительной мере определяются состоянием сосудистой проницаемости, глубиной ее повреждения. Большая роль в осуществлении повышенной проницаемости сосудов микроциркуляторного русла принадлежит поврежденным ультраструктурам клеток, что приводит к усилению</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>микроиноцитоза. С повышенной сосудистой проницаемостью связаны экссудация в ткани и полости жидких частей плазмы, эмиграция клеток крови, образование экссудата (воспалительного выпота) и воспалительного клеточного инфильтрата.</i></p> <p>Пролиферация (размножение) клеток является завершающей фазой воспаления, направленной на восстановление поврежденной ткани. Возрастает число мезенхимальных камбиальных клеток, В- и Т-лимфоцитов,</p>	
--	--	---	--

		<p>моноцитов. При размножении клеток в очаге воспаления наблюдаются клеточные дифференцировки и трансформации (схема XII): камбиальные мезенхимальные клетки дифференцируются в <i>фибробласты</i>; В-лимфоциты</p> <p>На различных этапах пролиферации фибробластов образуются продукты их деятельности - белок <i>коллаген</i> и <i>гликозаминогликаны</i>, появляются <i>аргиروفильные</i> и <i>коллагеновые волокна</i>, <i>межклеточное вещество</i> соединительн</p>	
--	--	---	--

		<p>ой ткани.</p> <p>В процессе пролиферации при воспалении участвует и <i>эпителий</i> (см. схему XII), что особенно выражено в коже и слизистых оболочках (желудок, кишечник). При этом пролиферирующий эпителий может образовывать полипозные разрастания. Пролиферация клеток на поле воспаления служит репарации. При этом дифференцировка пролиферирующих эпителиальных структур возможна лишь при созревании и дифференцировке соединительной ткани</p>	
--	--	---	--

		<p>(Гаршин В.Н., 1939).</p> <p>Воспаление со всеми его компонентами появляется только на поздних этапах внутриутробного развития.</p> <p>Исход воспаления различен в зависимости от его этиологии и характера течения, состояния организма и структуры органа, в котором оно развивается. Продукты тканевого распада подвергаются ферментативному расщеплению и фагоцитарной резорбции, происходит рассасывание продуктов распада. Благодаря клеточной пролиферации очаг</p>	
--	--	---	--

		<p>воспаления постепенно замещается клетками соединительной ткани. Если очаг воспаления был небольшим, может наступить полное восстановление предшествующей ткани. При значительном дефекте ткани на месте очага образуется рубец.</p> <p>Терминология и классификация воспаления</p> <p>В большинстве случаев наименование воспаления той или иной ткани (органа) принято составлять, прибавляя к латинскому и греческому названию органа или ткани окончание <i>-itis</i>, а к</p>	
--	--	---	--

		<p>русскому - -ит. Так, воспаление плевры обозначают как <i>pleuritis</i> - плеврит, воспаление почки - <i>nephritis</i> - нефрит, воспаление десен - <i>gingivitis</i> - гингивит и т.д. Воспаление некоторых органов имеет особые названия. Так, воспаление зева называют ангиной (от греч. <i>ancho</i> - душу, сдавливаю), воспаление легких - пневмонией, воспаление ряда полостей со скоплением в них гноя - <i>эмпиемой</i> (например, эмпиема плевры), гнойное воспаление волосяного фолликула с прилежащей сальной железой и тканями - <i>фурункулом</i> (от</p>	
--	--	---	--

		<p>лат. <i>furiare</i> - приводить в ярость) и т.д.</p> <p>Классификация. Учитываются характер течения процесса и морфологические формы в зависимости от преобладания экссудативной или пролиферативной фазы воспаления. По характеру течения выделяют <i>острое, подострое и хроническое воспаление, по преобладанию экссудативной или пролиферативной фазы воспалительной реакции - экссудативное и пролиферативное (продуктивное)</i></p>	
--	--	--	--

	<p><i>воспаление.</i></p> <p>До недавнего времени среди морфологических форм воспаления выделяли <i>альтеративное воспаление</i>, при котором преобладает альтерация (некротическое воспаление), а экссудация и пролиферация представлены крайне слабо или вообще не выражены. В настоящее время существование этой формы воспаления отрицается большинством патологов на том основании, что при так называемом альтеративном воспалении по существу отсутствует сосудисто-</p>	
--	---	--

		<p>мезенхимальная реакция (экссудация и пролиферация), которая и составляет сущность воспалительной реакции. Таким образом, речь в данном случае идет не о воспалении, а о некрозе. Концепция альтеративного воспаления была создана Р. Вирховым, который исходил из своей «нутривной теории» воспаления (она оказалась ошибочной), поэтому он называл альтеративное воспаление <i>паренхиматозным</i>.</p> <p>Острое воспаление характеризуется:</p> <p>- интенсивным</p>	
--	--	---	--

		<p>течением и сравнительно небольшой (обычно 1-2, максимально до 4-6 недель) продолжительностью (в зависимости от поврежденного органа или ткани, степени и масштаба их альтерации, реактивности организма и др.);</p> <p>- умеренно выраженной альтерацией и деструкцией тканей, экссудацией и пролиферацией в очаге повреждения при нормергическом характере воспаления. При гиперергическом его течении в очаге воспаления доминируют альтерация и разрушение тканей.</p> <p>Для острого воспаления</p>	
--	--	---	--

		<p>характерен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (увеличение количества более молодых, палочкоядерных и юных нейтрофилов в результате вовлечения костномозгового резерва и активации кроветворения), а также моноцитоз.</p>	
10.	<p>Амилоидоз: строение, физико-химические свойства, методы диагностики амилоидоза, теории этиологии и патогенеза, принципы классификации. Системный амилоидоз (первичный, вторичный): морфологическая характеристика, клинические проявления. Локализованный и эндокринный амилоидоз. Амилоид старения: морфологическая характеристика, клинические проявления.</p>	<p><i>Амилоидоз</i> (от лат. <i>amylum</i> - крахмал), или <i>амилоидная дистрофия</i>, - стромально-сосудистый диспротеиноз, сопровождающийся глубоким нарушением белкового обмена, появлением аномального фибриллярного белка и образованием в межклеточной ткани и стенках сосудов</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>

		<p>сложного вещества - амилоида.</p> <p>Амилоид представляет собой гликопротеид, основным компонентом которого являются фибриллярные белки (F-компонент). Они образуют фибриллы, имеющие характерную ультрамикроскопическую структуру (рис. 33). Фибриллярные белки амилоида неоднородны.</p> <p>Выделяют 4 типа этих белков, характерных для определенных форм амилоидоза.</p> <p>Белки фибрилл амилоида можно идентифицировать с помощью</p>	
--	--	--	--

		<p>специфических сывороток при иммуногистохимическом исследовании, а также ряде химических (реакции с перманганатом калия, щелочным гуанидином) и физических (автоклавирование) реакций.</p> <p>Фибриллярные белки амилоида, которые продуцируют клетки - <i>амилоидобласты</i>, входят в сложные соединения с глюкопротеидами плазмы крови. Этот <i>плазменный компонент</i> (Р-компонент) амилоида представлен палочковидными структурами («периодические</p>	
--	--	---	--

		<p>палочки» - см. рис. 33). Фибриллярный и плазменный компоненты амилоида обладают антигенными свойствами. Фибриллы амилоида и плазменный компонент вступают в соединения с хондроитинсульфатами ткани и к образующемуся комплексу присоединяются так называемые гематогенные добавки, среди которых основное значение имеют фибрин и иммунные комплексы. Связи белков и полисахаридов в амилоидном веществе чрезвычайно прочные, чем объясняется</p>	
--	--	--	--

		<p>отсутствие эффекта при действии на амилоид различных ферментов организма.</p> <p>Характерным для амилоида является его красное окрашивание конго красным</p> <p>Классификация амилоидоза учитывает следующие признаки:</p> <ol style="list-style-type: none">1) возможную причину;2) специфику белка фибрилл амилоида;3) распространенность амилоидоза;4) своеобразие клинических проявлений в связи с преимущественным поражением определенных органов и систем. <p>Руководствуясь <i>причиной</i>, выделяют</p>	
--	--	--	--

		<p>первичный (идиопатический), наследственный (генетический, семейный), вторичный (приобретенный) и старческий амилоидоз. Первичный, наследственный, старческий амилоидозы рассматривают в качестве нозологических форм. Вторичный амилоидоз, встречающийся при тех или иных заболеваниях, является осложнением этих заболеваний, «второй болезнью».</p> <p>При старческом амилоидозе типичны поражения сердца, артерий, головного мозга и островков поджелудочной железы. Эти изменения,</p>	
--	--	---	--

		<p>как и атеросклероз, обуславливают старческую физическую и психическую деградацию.</p> <p>Морфо- и патогенез амилоидоза. Функцию <i>амилоидобластов</i>, продуцирующих белок фибрилл амилоида (рис. 34), при различных формах амилоидоза выполняют разные клетки. При генерализованных формах амилоидоза - это главным образом макрофаги, плазматические и миеломные клетки; однако не исключается роль фибробластов, ретикулярных клеток и эндотелиоцитов. При локальных формах в</p>	
--	--	---	--

		<p>роли амилоидобластов могут выступать кардиомиоциты (амилоидоз сердца), гладкие мышечные клетки (амилоидоз аорты), кератиноциты (амилоидоз кожи), В-клетки островков поджелудочной железы (инсулярный амилоидоз), С-клетки щитовидной железы и другие эпителиальные клетки APUD-системы.</p> <p>Макро- и микроскопическая характеристика амилоидоза. Внешний вид органов при амилоидозе зависит от степени процесса. Если отложения амилоида небольшие, внешний</p>	
--	--	--	--

		<p>вид органа изменяется мало и амилоидоз обнаруживается лишь при микроскопическом исследовании. При выраженном амилоидозе орган увеличивается в объеме, становится очень плотным и ломким, а на разрезе имеет своеобразный восковидный, или сальный, вид.</p> <p>Исход. Неблагоприятный. <i>Амилоидоклазия</i> - исключительно редкое явление при локальных формах амилоидоза.</p> <p>Функциональное значение определяется степенью развития амилоидоза.</p> <p>Выраженный амилоидоз ведет к</p>	
--	--	---	--

		<p>атрофии паренхимы и склерозу органов, к их функциональной недостаточности. При выраженном амилоидозе возможна хроническая почечная, печеночная, сердечная, легочная, надпочечниковая, кишечная (синдром нарушенного всасывания) недостаточность.</p>	
--	--	---	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
	<p>Знать</p>

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	4 - значение фундаментальных исследований патологической анатомии для практической и теоретической медицины.
---	--

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ВИД ГИПЕРПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ 1) гормональная 2) гестационная 3) эмбриональная 4) компенсаторная	1) гормональная	Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html

2.	ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ — ЭТО 1) язвенно-инфильтративное поражение толстой кишки 2) язвенно-пролиферативное поражение толстой кишки 3) некротизирующий энтероколит 4) гранулематозное заболевание	1) язвенно-инфильтративное поражение толстой кишки	Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1
Выберите несколько правильных ответов			
1.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА 1) кроваво-слизистый понос 2) потеря жидкости 3) перитонит 4) лихорадка 5) судороги	1) кроваво-слизистый понос 2) потеря жидкости	Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст:

			электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1
2.	СТАДИИ ХОЛЕРЫ 1) проктит 2) сигмоидит 3) гастроэнтерит 4) алгидный период 5) серозный энтерит	3) гастроэнтерит 4) алгидный период 5) серозный энтерит	Патологическая анатомия. Т. 2. Частная патология: учебник: в 2 т. / под ред. Паукова В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5343-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453438.htm 1
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. В строме органа в результате	1-АВ	Патологическая анатомия: учебное

	гиалиноза артериол развивается 2. В паренхиме органа в результате гиалиноза артериол развивается А. Склероз Б. Атрофия В. Гиалиноз	2-Б	пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
--	--	-----	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	У больного, живущего в горном районе Грузии, увеличение щитовидной железы, что привело к расстройству, затрудненному глотанию, расширению подкожных вен на передней поверхности шеи. 1. Какое заболевание щитовидной железы развилось у больного? 2. Какова причина и патогенез заболевания? 3. Какие	1.Эндемический зоб 2. Недостаток йода 3. Увеличена, плотная, с бугристой или гладкой поверхностью 4. Коллоидный или паренхиматозный	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный //

	макроскопические щитовидной железы характерны для этого заболевания? 4. Какие изменения железы определяются при микроскопическом ее исследовании?		Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
7.	<p>Мужчина 32 лет после резкого охлаждения почувствовал слабость, одышку, боли при дыхании в правой половине грудной клетки; температура тела 39° С. При обследовании на следующий день: притупление перкуторного звука, отсутствие дыхания в области нижней доли правого легкого, шум трения плевры. Начатое лечение эффекта не дало. Смерть наступила через неделю от начала заболевания при явлениях легочносердечной недостаточности. При вскрытии: нижняя доля правого легкого плотной консистенции с наложением нитей фибрина на плевре, на разрезе ткань легкого безвоздушная, серого цвета, в IX—X сегментах определяется округлая полость, заполненная гноем.</p> <p>1. Какое заболевание развилось у больного?</p>	<p>1. Крупозная пневмония 2. С фибринозным плевритом 3. Серого опеченения 4. Острый абсцесс легкого</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

	<p>2. С чем связан шум трения плевры?</p> <p>3. Какая стадия заболевания отмечалась на вскрытии?</p> <p>4. Какое легочное осложнение развилось у больного?</p>		
8.	<p>У пожилой больной на 5-й день после холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита повысилась температура тела до 38,5° С, возникла одышка. При обследовании в нижних отделах легких выслушивались влажные хрипы, при рентгенологическом обследовании в IX-X сегментах легких выявлены мелкие очаги затемнения. 1. Какое заболевание осложнило послеоперационный период? 2. Вид этого заболевания в зависимости от особенностей патогенеза в данном случае? 3. Какие изменения в очагах поражения легкого можно было выявить при микроскопическом исследовании?</p>	<p>1.Очаговая пневмония</p> <p>2. Послеоперационная пневмония</p> <p>3.Серозно-лейкоцитарный экссудат в просвете бронхов и прилежащих альвеолах</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
9.	<p>Больной поступил в клинику с жалобами на резкие боли в брюшной полости, слабость. Через несколько минут после поступления наступила</p>	<p>1.Аневризмой</p> <p>2.Мешковидная</p> <p>3.Разрыв стенки</p> <p>4.Атеросклероз</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное</p>

	<p>потеря сознания, пульс нитевидный. Оперирован. В брюшной полости обнаружено около 1500 мл крови, в брюшном отделе аорта мешковидно выбухает, стенка ее истончена.</p> <p>1. С каким образованием в аорте связано кровоизлияние в брюшную полость (назовите его)?</p> <p>2. О каком виде этого образования можно говорить?</p> <p>3. Что произошло с этим образованием?</p> <p>4. Об осложнении какого заболевания идет речь в данном случае?</p>		<p>руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
10.	<p>Больной 85 лет доставлен в клинику в крайне тяжелом состоянии: сознание отсутствует, правосторонний паралич. Ранее отмечались нарушения мозгового кровообращения. При нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности наступила смерть.</p> <p>1. Какие изменения могут быть обнаружены в ткани головного мозга?</p> <p>2. Какие изменения найдены в мозговых артериях?</p>	<p>1. Ишемический инфаркт 2. Атеросклеротические 3. Церебральная</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-</p>

	3. Какая это клинко-морфологическая форма атеросклероза?		3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Туберкулёз. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез. Классификация (первичный, гематогенный, вторичный). Морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.	Туберкулез – это хроническое инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза. Патологоанатомически выделяют 3 основных вида: 1) первичный туберкулез; 2) гематогенный туберкулез; 3) вторичный туберкулез. Классическая форма морфологического проявления первичного	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

		<p>туберкулеза – первичный туберкулезный комплекс. В 90 % случаев очаги формирования первичного туберкулезного комплекса – это верхние и средние отделы легких, но возможно и в тонкой кишке, костях и т. д. В первичном легочном аффекте развивается альвеолит, который быстро сменяется типичным развитием творожистого некроза. В центре первичного аффекта формируется казеоз, по периферии – элементы неспецифического воспаления. Первичный легочный очаг чаще всего располагается непосредственно под плеврой, поэтому плевра часто</p>	<p>– 5970431542.html</p>
--	--	--	--------------------------

		<p>вовлекается в специфический процесс. В лимфатических сосудах происходят расширение-инфильтрация стенок и появление бугорков. В регионарных лимфатических узлах возникают элементы воспаления, переходящие в специфические казеозные изменения с некрозом. Перифокальное воспаление вокруг лимфатических узлов распространяется на клетчатку средостения и прилежащую легочную ткань. По тяжести поражения процесс в лимфатических узлах превосходит изменения в области первичного аффекта, поэтому репаративные</p>	
--	--	---	--

		<p>изменения в лимфатических узлах протекают медленнее. Выделяются 4 фазы течения первичного туберкулеза легких:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пневмоническая; 2) фаза рассасывания; 3) фаза уплотнения; 4) формирование очага Гона. <p>В первой фазе (пневмоническая) определяется очаг бронхолобулярной пневмонии (легочного аффекта) величиной от 1,5–2 до 5 см. Форма легочного аффекта – округлая или неправильная, характер неоднородный, контуры размытые. Одновременно определяются увеличенные прикорневые лимфатические узлы, усиление бронхо-сосудистого рисунка</p>	
--	--	---	--

		<p>между очагом и корнем легкого – лимфангит. Во второй фазе рассасывания (биполярности) наблюдается уменьшение зоны перифокального воспаления, яснее выявляется центрально расположенный казеозный очаг. Уменьшаются воспалительные изменения в регионарных лимфатических узлах в районе бронхолегочных сосудов.</p> <p>В третьей фазе (уплотнения) первичный очаг хорошо очерчен, контуры его четкие, по периферии очага берет начало кальцинация в виде мелких крошек; краевая кальцинация присутствует и в бронхопульмональных</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфатических узлах. При четвертой фазе (формирование очага Гона) на месте очага бронхолобулярной пневмонии кальцинация становится компактной, очаг приобретает округлую форму и ровные четкие контуры, величина его не превышает 3–5 мм. Такое образование называется очагом Гона.</p> <p>Исходы первичного туберкулезного комплекса:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заживление с инкапсуляцией, обызвествлением или окостенением; 2) прогрессирование с развитием различных форм генерализации, присоединением неспецифических осложнений типа ателектаза, 	
--	--	---	--

		<p>пневмосклероза и пр. Гематогенная генерализация развивается при поступлении микобактерий туберкулеза в кровь. Обязательным условием для гематогенной генерализации является состояние гиперергии. В зависимости от состояния первичного туберкулезного комплекса различают раннюю генерализацию, проявляющуюся в виде:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) генерализованного милиарного туберкулеза с массивным высыпанием продуктивных или экссудативных узелков во всех органах; 2) очагового туберкулеза с образованием в разных 	
--	--	---	--

		<p>органах до 1 см в диаметре казеозных очагов.</p> <p>Очаги гематогенной генерализации могут явиться источником развития туберкулеза в различных органах.</p> <p>При прогрессировании гематогенно-диссеминированного туберкулеза формируются каверны. Каверны образуются в результате творожистого распада и расплавления некротических масс.</p> <p>При гематогенной форме туберкулеза легких каверны бывают тонкостенными, множественными и располагаются симметрично в обоих легких. В происхождении таких каверн играют роль повреждение кровеносных сосудов,</p>	
--	--	--	--

		их тромбоз и облитерация. Нарушается питание пораженных участков легких и формируется деструкция по типу трофических язв. С образованием каверн открывается возможность бронхогенного обсеменения здоровых участков легких. Различают 7 форм вторичного туберкулеза: острый очаговый, фибринозо-очаговый, инфильтративный, острый кавернозный, цирротический туберкулез, казеозную пневмонию и туберкулому.	
7.	Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический обструктивный бронхит. Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Осложнения. Причины смерти.	Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — самостоятельное заболевание, для	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев,

		<p>которого характерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях. Ограничение воздушного потока, как правило, имеет неуклонно прогрессирующий характер и спровоцировано аномальной воспалительной реакцией ткани <u>лёгких</u> на раздражение различными патогенными частицами и газами.</p> <p>Патологический процесс начинается в <u>слизистой бронхов</u> : в ответ на воздействие внешних патогенных</p>	<p>Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	---

		<p>факторов происходит изменение функции секреторного аппарата (<u>гиперсекреция</u> слизи, изменения бронхиального секрета), присоединяется <u>инфекция</u>, развивается каскад реакций, приводящих к повреждению <u>бронхов</u>, <u>бронхиол</u> и прилегающих <u>альвеол</u>. Нарушение соотношения <u>протеолитических ферментов</u> и <u>антипротеаз</u>, дефекты <u>антиоксидантной защиты</u> легких усугубляют повреждение.</p> <p><i>Хронический</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>бронхит</i> - хроническое воспаление бронхов, возникающее в результате затянувшегося острого бронхита (например, после перенесенной кори или гриппа) или же длительного воздействия на слизистую оболочку бронхов биологических, физических и химических факторов (возбудители инфекции, курение, охлаждение дыхательных путей, запыление и т.д.).</p> <p>Хронический бронхит инфекционной природы может вначале иметь</p>	
--	--	--	--

		<p>локальный характер. Он развивается чаще в бронхах II, VI, VIII, IX и X сегментов, т.е. там, где чаще всего возникают очаги пневмонии и имеются неблагоприятные предпосылки для рассасывания экссудата. Локальные формы хронического бронхита становятся источником развития <i>хронического диффузного бронхита</i>, когда поражается все бронхиальное дерево. При этом стенка бронхов становится утолщенной, окружается прослойками соединительной ткани, иногда отмечается</p>	
--	--	---	--

		<p>выраженная в При длительном течении бронхита могут возникать мешковидные или цилиндрические <i>бронхо эктазы</i>.</p> <p>Микроскопические изменения в бронхах при хроническом бронхите разнообразны. В одних случаях преобладают явления <i>хронического слизистого</i> или <i>гнойног о катара</i> с нарастающей атрофией слизистой оболочки, кистозным превращением желез, метаплазией покровного призматического эпителия в многослойный</p>	
--	--	--	--

		<p> плоский, увеличением числа бокаловидных клеток; в других - в стенке бронха и особенно в слизистой оболочке резко выражены клеточная воспалительная инфильтрация и разрастания грануляционной ткани, которая выбухает в просвет бронха в виде полипа - <i>полипозный хронический бронхит</i> (рис. 186). При созревании грануляционной и разрастании в стенке бронха соединительной ткани мышечный слой атрофируется и бронх подвергается деформации - <i>деформирующий</i> </p>	
--	--	---	--

		<p><i>хронический бронхит.</i></p> <p>При хроническом бронхите нарушается дренажная функция бронхов, что ведет к задержке их содержимого в нижележащих отделах, закрытию просвета мелких бронхов и бронхиол и развитию бронхолегочных осложнений, таких как телектаз (активное спадение респираторного отдела легких вследствие обтурации или компрессии бронхов), обструктивная эмфизема, хроническая пневмония,</p>	
--	--	---	--

		пневмофиброз.	
8.	Хронический гастрит, сущность процесса. Этиология и патогенез. Морфологические формы, выделяемые на основании изучения гастробиопсии, их характеристика. Хронический гастрит как предраковое состояние.	Хронический гастрит развивается при действии на слизистую оболочку желудка прежде всего экзогенных факторов: нарушение режима питания и ритма питания, злоупотребление алкоголем, действие химических, термических и механических агентов, влияние профессиональных вредностей и т. д. Велика роль и эндогенных факторов – аутоинфекции (<i>Campylobacter pyloridis</i>), хронической аутоинтоксикации, нейроэндокринных нарушений,	Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст]: учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с.: ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр.: с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD own.asp?MacroName

		<p>хронической сердечно-сосудистой недостаточности, аллергических реакций, регургитации дуоденального содержимого в желудок (рефлюкс).</p> <p>Хронический гастрит может быть аутоиммунным (гастрит типа А) и неиммунным (гастрит типа В).</p> <p>Аутоиммунный гастрит характеризуется наличием антител к париетальным клеткам, а поэтому поражением фундального отдела желудка, где обкладочных клеток много (фундальный гастрит). Слизистая оболочка антрального отдела интактна. Отмечается высокий</p>	
--	--	---	--

		<p>уровень гастринемии. В связи с поражением обкладочных клеток секреция хлористоводородной (соляной) кислоты снижена.</p> <p>При неиммунном гастрите антитела к париетальным клеткам не выявляются, поэтому фундальный отдел желудка относительно сохранен. Основные изменения локализуются в антральном отделе (антральный гастрит). Гастринемия отсутствует, секреция хлористоводородной кислоты снижена лишь умеренно. Среди гастрита типа В выделяют рефлюкс-гастрит (гастрит типа С). Гастрит типа В встречается в 4 раза чаще гастрита типа А.</p>	
--	--	---	--

		<p>Руководствуясь топографией процесса в желудке, выделяют хронический гастрит – антральный, фундальный и пангастрит. Морфологические типы. Хронический гастрит характеризуется длительно существующими дистрофическими и некробиотическими изменениями эпителия слизистой оболочки, вследствие чего происходят нарушение его регенерации и структурная перестройка слизистой оболочки, завершающаяся атрофией ее и склерозом; клеточные реакции слизистой оболочки отражают активность процесса. Различают два</p>	
--	--	---	--

		<p>морфологических типа хронического гастрита – поверхностный и атрофический. Хронический поверхностный гастрит характеризуется дистрофическими изменениями поверхностного (ямочного) эпителия. В одних участках он уплощается, приближается к кубическому и отличается пониженной секрецией, в других – высокий призматический с повышенной секрецией. Происходит транслокация добавочных клеток из перешейка в среднюю треть желез, уменьшается гистаминстимулирован ная секреция хлористоводородной</p>	
--	--	---	--

		<p>кислоты париетальными клетками и пепсиногена – главными клетками. Собственный слой (пластинка) слизистой оболочки отечен, инфильтрирован лимфоцитами, плазматическими клетками, единичными нейтрофилами.</p> <p>При хроническом атрофическом гастрите появляется новое и основное качество – атрофия слизистой оболочки, ее желез, которая определяет развитие склероза. Слизистая оболочка истончается, число желез уменьшается. На месте атрофированных желез разрастается соединительная ткань. Сохранившиеся железы располагаются группами, протоки</p>	
--	--	--	--

		<p>желез расширены, отдельные виды клеток в железах плохо дифференцируются. В связи с мукоидизацией желез секреция пепсина и хлористоводородной кислоты нарушается. Слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, единичными нейтрофилами. К этим изменениям присоединяется перестройка эпителия, причем метаплазии подвергается как поверхностный, так и железистый эпителий. Желудочные валики напоминают ворсинки кишечника, они выстланы каемчатыми эпителиоцитами, появляются бокаловидные клетки и клетки Панета</p>	
--	--	--	--

		<p>(кишечная метаплазия эпителия, «энтеролигация» слизистой оболочки). Главные, добавочные (слизистые клетки желез) и париетальные клетки желез исчезают, появляются кубические клетки, свойственные пилорическим железам; образуются так называемые псевдопилорические железы.</p> <p>Особую форму представляет так называемый гигантский гипертрофический гастрит, или болезнь Менетрие, при котором происходит чрезвычайно резкое утолщение слизистой оболочки, приобретающей вид булыжной мостовой. Морфологически находят пролиферацию</p>	
--	--	---	--

		<p>клеток железистого эпителия и гиперплазию желез, а также инфильтрацию слизистой оболочки лимфоцитами, эпителиоидными, плазматическими и гигантскими клетками. В зависимости от преобладания изменений желез или интерстиция, выраженности пролиферативных изменений выделяют железистый, интерстициальный и пролиферативный варианты этой болезни. Степень тяжести хронического гастрита может быть легкой, умеренной или тяжелой.</p>	
9.	<p>Полип эндометрия. Рак эндометрия. Эпидемиология, предрасполагающие факторы, макроскопическая характеристика, гистологические формы,</p>	<p>Полипы эндометрия представляют собой очаговую гиперплазию эндометрия. Развиваются они</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл.</p>

	<p>классификация, закономерности метастазирования, прогноз.</p>	<p>вследствие пролиферации желез базального слоя эндометрия на ножке, состоящей из фиброзной и гладкомышечной ткани.</p> <p><u>Патогенезе полипов</u> эндометрия ведущую роль играют те же факторы, что и в патогенезе гиперплазии эндометрия, т. е. нарушение гормонального баланса эстрогенов и прогестерона.</p> <p>В репродуктивном возрасте возникновение полипов может быть связано с локальными повреждающими воздействиями на эндометрий - медицинскими</p>	<p>ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	---	---	---

		<p>абортами, выскабливанием, внутриматочными вмешательствами, воспалительными заболеваниями.</p> <p>Выделяют железистые, железисто-фиброзные и фиброзные полипы.</p> <p><u>Железистые</u> <i>полипы</i> состоят из стромы и желез, просвет которых может быть расширен (железисто-кистозный полип). Железистый компонент преобладает над стромальным. Железы располагаются под углом друг к другу в различных направлениях с неодинаковой длиной, выстланы эпителием пролиферативного</p>	
--	--	--	--

		<p>типа. В строме много клеток, рыхлой соединительной ткани с клубками кровеносных сосудов в основании и ножке.</p> <p><u>Железисто-фиброзные полипы</u> состоят из соединительнотканной стромы и ограниченного количества желез, в которых железистый эпителий чередуется с нефункционирующим.</p> <p><u>В фиброзных полипах</u> больше содержится соединительной ткани, желез очень мало или они отсутствуют; железы выстланы нефункционирующим эпителием. Отмечается небольшое количество сосудов со</p>	
--	--	---	--

		<p>склерозированными стенками.</p> <p><u>Рак</u> <u>(эндометрия)</u></p> <p>Рак эндометрия чаще имеет вид экзофитной опухоли, эндофитная и язвенно-инфильтративная формы ее встречаются реже. Локализуется он преимущественно у дна; при распространении процесс поражает стенки матки, иногда переходит на цервикальный канал.</p> <p>По гистологической построением чаще встречаются такие формы рака: злокачественная аденома, железистый рак, аденоакантома.</p>	
--	--	---	--

		<p><u>Злокачественная аденома</u> — высокодифференцированная форма раковой опухоли, которая редко встречается. Чаще всего возникает в виде изолированного очага. Злокачественный характер этой формы проявляется в ее инфильтративном росте в эндометрий. Злокачественная аденома представляет собой начальную переходную форму железистого рака. Прогноз наиболее благоприятный.</p> <p><u>Железистый рак (аденокарцинома)</u> в зависимости от степени дифференциации клеточных элементов бывает разной степени</p>	
--	--	---	--

		<p>зрелости: высокодифференциро ванный рак; рак средней степени дифференциации (железисто-солидный) малодифференцирован ных и низкодифференцирован ный рак.</p> <p><u>Аденоакантома</u> (аденоканкроид)</p> <p>представляет собой форму железистого рака с образованиями на отдельных участках ткани плоскоклеточного характера. Встречается довольно редко. Это наиболее злокачественная форма опухоли. Прогноз, как правило, неблагоприятный.</p> <p>Метастазирования рака</p>	
--	--	--	--

		<p>эндометрия происходит тремя путями: лимфогенным (основной), гематогенным и имплантационным.</p> <p>Лимфогенным путем рак тела матки метастазирует в региональные пары атральные, подвздошные и парааортальные лимфатические узлы. Отдаленные метастазы, которые появляются в запущенных стадиях, проникают в паховые и надключичные лимфатические узлы.</p>	
10.	Сахарный диабет. Определение, классификация. Этиология и патогенез инсулинзависимого сахарного диабета. Морфологическая характеристика	Характеризуется нечувствительностью клеток-мишеней к инсулину, что приводит к	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл.

	<p>сахарного диабета. Осложнения сахарного диабета: диабетическая ангиопатия, нефропатия, ретинопатия, невропатия. Патогенез, клинико-морфологическая характеристика, прогноз. Причины смерти при сахарном диабете.</p>	<p>неадекватной секреции инсулина, изменениям сосудов (диабетическая ангиопатия) и нейропатии (диабетическая нейропатия)</p> <p>Различают два основных типа сахарного диабета: инсулинзависимый и инсулиннезависимый.</p> <p><i>Инсулинзависимый сахарный диабет</i> (ювенильный, тип I) составляет около 20 % случаев сахарного диабета. Он часто начинается в возрасте 15 лет и характеризуется внезапным началом, похуданием, необходимостью инъекций инсулина для предотвращения кетоацидоза,</p>	<p>ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	---	---	---

		<p>трудностями в поддержании нормального уровня глюкозы в крови, более тесной, чем у сахарного диабета II типа, связью с антигенами гистосовместимости. Начало заболевания может быть спровоцировано вирусными инфекциями. В результате аутоиммунизации появляются антитела к бета-клеткам поджелудочной железы.</p> <p><i>Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет взрослых, тип II) составляет 80 % случаев сахарного диабета. Больные нуждаются в лечении</i></p>	
--	--	---	--

		<p>инсулином для компенсации симптомов заболевания, но не по жизненным показаниям. При этом типе сахарного диабета основной проблемой является доставка эндогенного инсулина или резистентность к нему, но не его синтез.</p> <p>Классическими симптомами сахарного диабета являются полиурия, полидипсия и полифагия с парадоксальным снижением массы тела. При утрате контроля за уровнем глюкозы в крови может развиваться кетоацидоз.</p> <p>Основными висцеральными проявлениями</p>	
--	--	---	--

		<p>сахарного диабета являются периферическая и автономная нейропатия (снижение чувствительности, импотенция, постуральная гипотензия, запор и диарея) и сосудистые изменения (диабетическая макро- и мик-роангиопатия). Диабетическая микроангиопатия проявляется поражением (плазморея, гиалиноз) мелких артерий и капилляров мышц, кожи, сетчатки (ретинопатия), почек (гломерулонефрит, гломерулосклероз) и других органов. В панкреатических островках</p>	
--	--	--	--

		<p>обнаруживаются гиалиноз, фиброз и лимфоидная инфильтрация микрососудов. Макроангиопатия представлена атеросклерозом с поражением венечных, мозговых, почечных артерий и артерий нижних конечностей.</p> <p>Осложнения сахарного диабета чаще представлены инфекционными заболеваниями и воспалительными процессами (туберкулез, кандидоз, пневмония, пиелонефрит и др.).</p>	
--	--	---	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
---	--

	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	5 - характерные изменения внутренних органов при важнейших заболеваниях человека;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ПЕЧЕНОЧНАЯ ДОЛЬКА ИМЕЕТ ВИД</p> <p>1) четырехугольника 2) пятиугольника 3) шестиугольника 4) восьмиугольника</p>	3) шестиугольника	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-</p>

			3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
2.			
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ</p> <p>1) множество округлых очагов в паренхиме 2) увеличение размеров органа 3) мягкая консистенция 4) гладкая поверхность 5) желтый цвет</p>	<p>2) увеличение размеров органа 3) мягкая консистенция 4) гладкая поверхность 5) желтый цвет</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

2.	<p>ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В АОРТЕ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ МЕЗАОРТИТЕ</p> <p>1) дуга 2) грудной отдел 3) брюшной отдел</p>	<p>1) дуга 2) грудной отдел</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>1. Головка смешанного тромба имеет строение тромба 2. Тело смешанного тромба имеет строение тромба 3. Хвост смешанного тромба имеет строение тромба А. Смешанного Б. Белого</p>	<p>1-Б 2-А 3-В</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц -</p>

	В. Красного		Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
--	-------------	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	У женщины 45 лет произведено диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки в связи с обильными кровотечениями. При гистологическом исследовании соскоба слизистой оболочки обнаружено большое количество удлиненных желез извилистой (штопорообразной) формы. Гиперплазия клеток стромы. 1. Назовите патологический процесс	1.железистая гиперплазия слизистой оболочки матки 2.дисгормональная 3.рак тела матки	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия

	<p>(заболевание)?</p> <p>2. Какова его природа?</p> <p>3. Какое заболевание может развиваться на его фоне?</p>		<p>"Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
7.	<p>У женщины 30 лет через 3 года после родов при осмотре шейки матки на фоне бледной слизистой оболочки обнаружен участок неправильной формы ярко-красного цвета. При гистологическом исследовании в этом участке обнаружено разрастание цилиндрического эпителия, под которым видны разрастания желез маточного типа.</p> <p>1. Назовите патологический процесс (заболевание).</p> <p>2. К заболеваниям какой природы он относится?</p> <p>3. Какое заболевание может развиваться на его фоне?</p>	<p>1.псевдоэрозия шейки матки</p> <p>2.дисгормональная</p> <p>3.рак шейки матки</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
8.	<p>У юноши, перенесшего первичный</p>	<p>1.гематогенный</p>	<p>Пальцев, М. А.</p>

	<p>туберкулез в детстве, стали нарастать признаки деформации грудных позвонков. Диагностирован туберкулезный спондилит. Через 4 года сформировался горб.</p> <p>1. О каком виде туберкулеза идет речь: первичном, гематогенном, вторичном?</p> <p>2. Какая форма спондилита имеет место в данном случае?</p> <p>3. Какова морфологическая характеристика этой формы?</p> <p>4. Где располагаются первичные поражения: а) в костном мозге или костной ткани; б) в костях или суставах?</p>	<p>туберкулёз</p> <p>2.хроническая деструктивная форма</p> <p>3.тела позвонков и их суставные поверхности разрушены, на их месте образовалась полость, содержащая желто-серые казеозные массы</p> <p>4.а). в костном мозге.</p> <p>б). в костях.</p>	<p>Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
9.	<p>У ребенка, посещающего детский сад, появилось повышение температуры до 38,5гр. С, насморк, конъюнктивит, кашель. На коже отмечалась крупнопятнистая сыпь, при осмотре полости рта удалось выявить белесоватые отрубевидные высыпания на слизистой оболочке щек. На 4-е сутки появилось затруднение дыхания.</p>	<p>1.корь</p> <p>2.ложный круп (отёк гортани), асфиксия</p> <p>3.катаральное воспаление, отёк слизистой оболочки гортани, рефлекторный спазм мускулатуры</p> <p>4.очаговая пневмония</p> <p>5.энантема (пятна Коплика-Филатова),</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия</p>

	<p>Смерть наступила при явлениях асфиксии.</p> <p>1. О каком заболевании идет речь?</p> <p>2. От какого осложнения наступила смерть ребенка?</p> <p>3. Какие изменения и где обусловили развитие этого осложнения?</p> <p>4. Какой процесс в легких осложнил заболевание?</p> <p>5. Как называются высыпания на слизистой оболочке щек, чем они обусловлены?</p>	<p>обусловлена вирусемией.</p>	<p>"Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
10.	<p>Больной заболел остро. Высокая температура, интоксикация. На 10-й день болезни на коже туловища появилась розеола-папулезная сыпь. На 17-й день болезни выявлены признаки острого живота, диагностирован перитонит. Больной скончался. На вскрытии в подвздошной кишке обнаружены глубокие язвы в области некротизированных групповых фолликулов. Одна из язв перфоративная. В брюшной полости фибринозно-гнойный экссудат.</p> <p>1. О каком заболевании идет речь?</p> <p>2. Какая стадия заболевания?</p>	<p>1.брюшной тиф</p> <p>2.стадия образования язв</p> <p>3.увеличены в размерах, сочные, серо-красные</p> <p>4.брюшнотифозные гранулёмы</p> <p>5.построены из брюшнотифозных клеток-макрофагов</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL:</p>

	<p>3. Какой вид имели мезентеральные лимфатические узлы?</p> <p>4. Обнаружение каких образований в групповых фолликулах и лимфатических узлах брыжейки при гистологическом исследовании имеет диагностическое значение?</p> <p>5. Какое микроскопическое строение имеют эти образования?</p>		<p>https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Ишемия. Определение, причины, механизмы развития, морфологическая характеристика и методы диагностики, клиническое значение. Роль коллатерального кровообращения. Острая и хроническая ишемия. Инфаркт: определение, причины, классификация, морфологическая характеристика разных видов инфарктов, осложнения, исходы.</p>	<p><i>Малокровием, или ише-мией</i> (от греч. <i>ischo</i> - задерживать), называют уменьшенное кровенаполнение ткани, органа, части тела в результате недостаточного притока крови. Речь идет как о недостаточном кровенаполнении, так и</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-</p>

		<p>о полном обескровливании.</p> <p><i>Общее малокровие, или анемия</i>, является заболеванием кроветворной системы и характеризуется недостаточным содержанием эритроцитов и гемоглобина (см. <i>Анемия</i>). К расстройствам кровообращения анемия отношения не имеет.</p> <p>Изменения ткани, возникающие при малокровии, в конечном счете связаны с гипоксией или аноксией, т.е. кислородным голоданием. В зависимости от</p>	<p>3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	---

		<p>причины, вызвавшей малокровие, момента внезапности ее возникновения, длительности гипоксии и степени чувствительности к ней ткани при малокровии возникают либо тонкие изменения на уровне ультраструктур, либо грубые деструктивные изменения, вплоть до ишемического некроза - инфаркта.</p> <p>При <i>остром малокровии</i> обычно возникают дистрофические и некробиотические изменения. Им предшествуют гистохимические и ультраструктурные изменения - исчезновение из ткани</p>	
--	--	---	--

		<p>гликогена, снижение активности окислительно-восстановительных ферментов и деструкция митохондрий. Для макроскопической диагностики применяют различные соли тетразолия, теллурит калия, которые вне участков ишемии (где активность дегидрогеназ высокая) восстанавливаются и окрашивают ткань в серый или черный цвет, а участки ишемии (где активность ферментов снижена или отсутствует) остаются неокрашенными. На основании результатов электронно-</p>	
--	--	---	--

		<p>гистохимического изучения тканевых изменений при остром малокровии и при инфаркте острую ишемию следует рассматривать как <i>преднекротическое (предынфарктное) состояние</i>. При длительном малокровии развиваются атрофия паренхиматозных элементов и склероз в результате повышения коллагенсинтезирующей активности фибробластов.</p> <p>В зависимости от <i>причин и условий</i> возникновения различают следующие виды малокровия:</p>	
--	--	---	--

		<p>ангиоспастическое, обтурационное, компрессионное, в результате перераспределения крови.</p> <p><i>Ангиоспастическое малокровие</i> возникает вследствие спазма артерии в связи с действием различных раздражителей. Например, болевое раздражение может вызвать спазм артерий и малокровие определенных участков тела. Таков же механизм действия сосудосуживающих лекарственных препаратов (например, адреналина).</p> <p>Ангиоспастическая ишемия появляется и при отрицательных</p>	
--	--	---	--

		<p>эмоциональных аффектах («ангиоспазм неотрагированных эмоций»).</p> <p><i>Обтурационное малокровие</i> развивается вследствие закрытия просвета артерии тромбом или эмболом, в результате разрастания соединительной ткани в просвете артерии при воспалении ее стенки (облитерирующий эндартериит), сужения просвета артерии атеросклеротической бляшкой.</p> <p>Обтурационная ишемия, обусловленная тромбозом артерии, нередко завершает ангиоспазм, и наоборот, ангиоспазм дополняет обтурацию</p>	
--	--	---	--

		<p>артерии тромбом или эмболом.</p> <p><i>Компрессионное малокровие</i> появляется при сдавлении артерии опухолью, выпотом, жгутом, лигатурой.</p> <p><i>Ишемия в результате перераспределения крови</i> наблюдается в случаях гиперемии после анемии (см. <i>Артериальное полнокровие</i>). Такова, например, ишемия головного мозга при извлечении жидкости из брюшной полости, куда устремляется большая масса крови.</p> <p>Значение и последствия малокровия различны и зависят от особенностей причины</p>	
--	--	---	--

		<p>и продолжительности ее действия. Так, малокровие вследствие спазма артерий обычно непродолжительно и не вызывает особых расстройств. Однако при длительных спазмах возможно развитие дистрофических изменений и даже ишемического некроза (инфаркт). Острое обтурационное малокровие особенно опасно, так как нередко ведет к инфаркту. Если закрытие просвета артерии развивается медленно, то кровообращение может быть восстановлено с помощью коллатералей и последствия такой анемии могут быть</p>	
--	--	---	--

		<p>незначительными. Однако длительно существующее малокровие рано или поздно ведет к атрофии и склерозу.</p> <p><i>Инфаркт</i> (от лат. <i>infarcire</i> - начинять, набивать) - это сосудистый (ишемический) некроз, следствие и крайнее выражение ишемии. Инфаркт - самый частый вид некроза.</p> <p>Форма, величина, цвет и консистенция инфаркта могут быть различными. Чаще инфаркты бывают клиновидными (рис. 46-49), основание клина обращено к капсуле, а острие - к воротам органа. Они</p>	
--	--	---	--

		<p>образуются в селезенке, почках, легких, что определяется характером ангиоархитектоники этих органов - магистральным типом ветвления их артерий. Реже инфаркты имеют <i>неправильную</i> форму (см. рис. 49). Такие инфаркты встречаются в сердце, мозге, кишечнике, т.е. в тех органах, где преобладает не магистральный, а рассыпной или смешанный тип ветвления артерий. Инфаркт может охватывать большую часть или весь орган (<i>субтотальный</i> или <i>тотальный</i> инфаркт) или</p>	
--	--	--	--

		<p>обнаруживается лишь под микроскопом (<i>микроинфаркт</i>). Если инфаркт развивается по типу <i>коагуляционного некроза</i>, то ткань в области омертвения уплотняется, становится сухой (инфаркт миокарда, почек, селезенки); если же инфаркт образуется по типу <i>колликвационного некроза</i>, она размягчается и разжижается (инфаркт мозга, кишки).</p> <p>В зависимости от внешнего вида (в основном цвета) различают три вида инфаркта: белый, белый с геморрагическими</p>	
--	--	---	--

		<p>венчиком и красный.</p> <p><i>Белый (ишемический) инфаркт</i> представляет собой участок бело-желтого цвета, хорошо отграниченный от окружающей ткани. Обычно он возникает в участках с недостаточным коллатеральным кровообращением. Особенно часто встречается в селезенке, почках.</p> <p><i>Белый инфаркт с геморрагическим венчиком</i> представлен участком беложелтого цвета, но этот участок окружен зоной кровоизлияний. Она образуется в результате того, что спазм сосудов по периферии инфаркта</p>	
--	--	--	--

		<p>сменяется паретическим их расширением и развитием кровоизлияний. Такой инфаркт находят в почках, миокарде.</p> <p>При <i>красном (геморрагическом) инфаркте</i> участок омертвения пропитан кровью, он темно-красный и хорошо ограничен.</p> <p>Благоприятным условием для такого геморрагического пропитывания является венозный застой.</p> <p>Определенное значение для развития красного инфаркта имеют и особенности ангиоархитектоники органа (анастомозы между бронхиальной и</p>	
--	--	---	--

		<p>легочной артериями). Встречается геморрагический инфаркт, как правило, в легких, редко - в кишечнике, селезенке, почках.</p> <p>Наибольшее клиническое значение имеют инфаркты сердца (миокарда), головного мозга, легких, почек, селезенки, кишечника.</p> <p>В <i>сердце</i> инфаркт обычно белый с геморрагическим венчиком, имеет неправильную форму, встречается чаще в левом желудочке и межжелудочковой перегородке, крайне редко - в правом желудочке и</p>	
--	--	--	--

		<p>предсердиях. Омертвление может локализоваться под эндокардом (<i>субэндокардиальный инфаркт</i>), эпикардом (<i>субэпикардиальный инфаркт</i>) или охватывать всю толщу миокарда (<i>трансмуральный инфаркт</i>). В области инфаркта на эндокарде нередко образуются тромботические, а на перикарде - фибринозные наложения, что связано с развитием реактивного воспаления вокруг участков некроза. Чаще всего инфаркт миокарда встречается на фоне атеросклероза и гипертонической</p>	
--	--	--	--

		<p>болезни и рассматривается как самостоятельное заболевание (см. <i>Ишемическая болезнь сердца</i>).</p> <p>Причины развития инфаркта - длительный спазм, тромбоз или эмболия артерии, а также функциональное напряжение органа в условиях недостаточного его кровоснабжения. Огромное значение для возникновения инфаркта имеет недостаточность анастомозов и коллатералей, которая зависит от степени поражения</p>	
--	--	---	--

		<p>стенок артерий и сужения их просветов (атеросклероз, облитерирующий эндартериит), от степени нарушения кровообращения (например, венозного застоя) и от уровня выключения артерии тромбом или эмболом.</p> <p>Поэтому инфаркты возникают обычно при тех заболеваниях, для которых характерны тяжелые изменения артерий и общие расстройства кровообращения (ревматические болезни, пороки сердца, атеросклероз, гипертоническая болезнь, затяжной</p>	
--	--	--	--

		<p>септический эндокардит). Острой недостаточностью коллатерального кровообращения обусловлено и развитие инфаркта при функциональном отягощении органа, обычно сердца, кровообращение которого нарушено. С недостаточностью анастомозов и коллатералей связано развитие <i>венозных инфарктов</i> при тромбозе вен в условиях застойного полнокровия. Для возникновения инфаркта большое значение имеет также <i>состояние тканевого обмена, т.е. метаболический</i></p>	
--	--	---	--

		<p>фон, на котором развивается ишемический инфаркт. Обмен веществ в органах и тканях, в которых возникает инфаркт, как правило, нарушен в связи с гипоксией, обусловленной общими расстройствами кровообращения. Лишь закупорка крупных магистральных артерий может привести к омертвлению без предшествующих расстройств кровообращения и метаболических нарушений в ткани.</p> <p>Исход инфаркта. Исход зависит от особенностей причинного фактора и</p>	
--	--	---	--

		<p>заболевания, которое осложняет инфаркт, от состояния организма и органа, в котором он развивается, и от размеров инфаркта.</p> <p>Небольшие фокусы ишемического некроза могут подвергаться <i>аутолизу</i> с последующей полной регенерацией.</p> <p>Наиболее частый благоприятный исход инфаркта, развивающегося по типу сухого некроза, - его <i>организация и образование рубца</i>.</p> <p>Организация инфаркта может завершиться его <i>петрификацией или гемосидерозом</i>, если речь идет об организации геморрагического</p>	
--	--	---	--

		<p>инфаркта. На месте инфаркта, развивающегося по типу колликвационного некроза, например в мозге, образуется киста.</p> <p>Неблагоприятный исход инфаркта - его <i>гнойное расплавление</i>, которое обычно связано с тромбобактериальной эмболией при сепсисе.</p> <p>Значение инфаркта. Для организма значение инфаркта чрезвычайно велико и прежде всего потому, что инфаркт — это ишемический некроз. Все, что было сказано о значении</p>	
--	--	--	--

		<p>некроза, относится и к инфаркту. Однако важно отметить, что инфаркт является одним из самых частых и грозных осложнений ряда сердечно-сосудистых заболеваний. Это прежде всего атеросклероз и гипертоническая болезнь. Необходимо отметить также, что инфаркты при атеросклерозе и гипертонической болезни наиболее часто развиваются в жизненно важных органах - сердце и головном мозге, и это определяет высокий процент случаев скоростижной смерти и</p>	
--	--	--	--

		<p>инвалидизации.</p> <p>Медико-социальное значение инфаркта миокарда и его последствий позволило выделить его как проявление самостоятельного заболевания - <i>ишемической болезни сердца.</i></p>	
7.	<p>Дифтерия. Этиология, эпидемиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>Дифтерия (diphtheria от греч. diphthera – кожа, пленка) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественно фибринозным воспалением в очаге первичной фиксации возбудителя и общей интоксикацией, связанной с всасыванием</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-</p>

		<p>экзотоксина микроба. Чаще болеют дети, чем взрослые, в настоящее время наблюдается заболеваемость детей преимущественно старше 7 лет.</p> <p>Этиология и патогенез. Возбудитель – палочка дифтерии – относится к семейству коринебактерий, выделяющих экзотоксин.</p> <p>Источником заражения являются бациллоносители, в меньшей степени – больные. Экзотоксин возбудителя дифтерии обладает способностью подавлять биосинтез ферментов дыхательного цикла, поэтому парализует тканевое дыхание, изменяет холинергические процессы, нарушает синтез катехоламинов</p>	<p>3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	---

		<p>и приводит к накоплению их в тканях. Дифтерия по отношению к возбудителю представляет собой местную инфекцию, так как гематогенного распространения не бывает.</p> <p>Дифтерийная палочка размножается в области входных ворот на слизистых оболочках и выделяет экзотоксин, всасываемость которого всецело зависит от особенностей структуры слизистой оболочки и глубины местных изменений. Местно экзотоксин вызывает некроз эпителия, паретическое расширение сосудов с нарушением их проницаемости, отек тканей и выход</p>	
--	--	---	--

		<p> фибриногена из сосудистого русла. Фибриноген под влиянием тканевого тромбопластина свертывается. На поверхности поврежденной слизистой оболочки образуется фибриновая пленка. Экзотоксин действует преимущественно на сердечно-сосудистую, нервную системы и надпочечники. Такое сочетанное поражение приводит к гемодинамическим нарушениям в организме, а выделение экзотоксина из организма сопровождается повреждением преимущественно канальцевого эпителия почек. Развитие тяжелых токсических и гипертоксических </p>	
--	--	---	--

		<p>форм дифтерии, которые наблюдались до применения активной иммунизации, объясняется повышенной чувствительностью вследствие сенсibilизации к дифтерийному токсину.</p> <p>Патологическая анатомия.</p> <p>Местные изменения локализуются в слизистой оболочке зева, глоточных миндалинах, верхних дыхательных путях.</p> <p>Изредка встречается дифтерия половых органов у девочек, конъюнктивы, раны.</p> <p>При дифтерии зева и миндалин последние увеличены, слизистая оболочка полнокровна, покрыта обильными плотными беловато-</p>	
--	--	--	--

		<p>желтыми пленками (рис. 318). Мягкие ткани шеи отечны. При тяжелых токсических формах отек особенно резко выражен, может распространяться на переднюю поверхность грудной клетки. Воспаление имеет характер дифтеритического. Верхние слои эпителия некротизированы, слизистая оболочка пропитана фибринозным экссудатом с примесью лейкоцитов, образующим массивные наложения на ее поверхности. Так как слизистая оболочка зева и миндалин выстлана многослойным плоским эпителием, прочно связанным с подлежащей соединительной</p>	
--	--	--	--

		<p>тканью, фибринозная пленка долго не отторгается, что создает условия для всасывания токсина. Поэтому дифтерический тип воспаления при дифтерии зева и миндалин всегда сопровождается общими изменениями, зависящими от токсемии.</p> <p>Регионарные лимфатические узлы шеи значительно увеличены, полнокровны, с желтовато-белыми некротическими фокусами или черноватыми очагами кровоизлияний на разрезе. В них наблюдаются отек, резкое полнокровие, стазы, кровоизлияния и некрозы фолликулов. Общие токсические</p>	
--	--	---	--

		<p>изменения отмечаются в сердечно-сосудистой системе, в периферической нервной системе, в надпочечниках, почках, селезенке. В сердце развивается токсический миокардит. Полости сердца расширены в поперечнике, мышца тусклая, дряблая, пестрая на разрезе, могут быть пристеночные тромбы. Изменения кардиомиоцитов характеризуются жировой дистрофией и мелкими очагами миолиза. В некоторых случаях преобладают отек, полнокровие и клеточная инфильтрация интерстиция. Поэтому различают альтернативную и интерстициальную</p>	
--	--	---	--

		<p>формы миокардита. Если миокардит развивается в начале 2-й недели болезни и приводит к смерти от острой сердечной недостаточности, говорят о раннем параличе сердца при дифтерии. Перенесенный миокардит обуславливает развитие кардиосклероза. В нервной системе изменения локализуются в периферических нервах и вегетативных ганглиях. Прежде всего поражаются те из них, которые расположены ближе к зеву: языкоглоточный, блуждающий, симпатический и диафрагмальный нервы, III шейный симпатический ганглий</p>	
--	--	---	--

		<p>и узловатый ганглий блуждающего нерва. Развивается паренхиматозный неврит с распадом миелина, меньше страдают осевые цилиндры. В нервных ганглиях наблюдаются расстройства кровообращения, дистрофические изменения нервных клеток, вплоть до цитолиза. Изменения, постепенно нарастая, проявляются спустя 11/2-2 мес в виде так называемых поздних параличей мягкого неба, диафрагмы, сердца при поражении языкоглоточного, диафрагмального и блуждающего нервов. Возможна регенерация элементов периферической нервной системы. В мозговом слое</p>	
--	--	--	--

		<p>надпочечников отмечаются кровоизлияния, дистрофия и некроз клеток, в корковом слое – мелкие фокусы некрозов, исчезновение липидов. В почках – некротический нефроз, в тяжелых случаях токсической дифтерии – массивные некрозы коркового слоя. В селезенке отмечаются гиперплазия В- фолликулов с выраженным кариорексисом в центрах размножения фолликулов, полнокровие пульпы. Смерть при несвоевременном введении антитоксической сыворотки или при токсических формах наступает от раннего паралича сердца при миокардитах или</p>	
--	--	---	--

		<p>поздних параличах сердца или диафрагмы, связанных с паренхиматозным невритом.</p> <p>Дифтерия дыхательных путей характеризуется крупозным воспалением гортани, трахеи, бронхов с легко отходящими фибринозными пленками, выделяющимися иногда при кашле в виде слепков с дыхательных путей (рис. 319). Пленки легко отходят, так как слизистая оболочка верхних дыхательных путей и бронхов выстлана призматическим и цилиндрическим эпителием, рыхло соединенным с подлежащей соединительной</p>	
--	--	--	--

		<p>тканью. Отделению пленки способствует также обильное выделение слизи. Поэтому токсин не всасывается и общих токсических явлений при этой форме дифтерии не наблюдается.</p> <p>Крупозное воспаление гортани при дифтерии получило название истинного крупа, распространение процесса на мелкие разветвления бронхиального дерева – нисходящего крупа, который может сопровождаться развитием очаговой пневмонии.</p> <p>Осложнения при дифтерии дыхательных путей связаны с применением интубации или трахеотомии, при которых возможно</p>	
--	--	--	--

		<p>образование пролежней. Пролежни при вторичном инфицировании приводят к гнойному перихондриту хрящей гортани, флегмоне, гнойному медиастиниту. В настоящее время применение антибиотиков предотвращает эти осложнения. Смерть больных бывает вызвана асфиксией (спазм гортани при истинном крупе или закупорка дыхательных путей фибринозными пленками) или присоединившейся пневмонией и гнойными осложнениями. Проводимая в настоящее время активная иммунизация привела к резкому</p>	
--	--	--	--

		снижению заболеваемости и смертности от дифтерии.	
8.	Ишемическая болезнь сердца. Этиология и патогенез, факторы риска. Инфаркт миокарда: причины, классификация, динамика биохимических и морфофункциональных изменений в миокарде. Морфология острого, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда.	Ишемическая болезнь сердца – группа заболеваний, обусловленных абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровообращения. Поэтому ишемическая болезнь – это коронарная болезнь сердца. Среди непосредственных причин развития ишемической болезни сердца следует назвать длительный спазм, тромбоз или тромбоземболию венечных артерий сердца и функциональное перенапряжение миокарда в условиях атеросклеротической	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.html

		<p>окклюзии этих артерий.</p> <p>Этиологические факторы атеросклероза и гипертонической болезни, прежде всего психоэмоциональное перенапряжение, ведущее к ангионевротическим нарушениям, являются этиологическими факторами ишемической болезни сердца.</p> <p>Патогенетические факторы ишемической болезни, атеросклероза и гипертонической болезни также общие. Среди них главные:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гиперлипидемия; 2. артериальная гипертензия; 3. избыточная масса тела (ожирение); 4. малоподвижный образ жизни; 5. курение; 6. нарушение 	
--	--	--	--

		<p>толерантности к углеводам, в частности сахарный диабет;</p> <p>7. мочекислый диатез;</p> <p>8. генетическая предрасположенность;</p> <p>9. принадлежность к мужскому полу.</p> <p>Инфаркт миокарда – это ишемический некроз сердечной мышцы, поэтому клинически, помимо изменений электрокардиограммы, для него характерна ферментемия. Как правило, это ишемический (белый) инфаркт с геморрагическим венчиком.</p> <p>Классификация и патологическая анатомия.</p> <p>1. по времени его возникновения</p> <p>2. по локализации в различных отделах сердца и сердечной</p>	
--	--	--	--

		<p>мышцы</p> <p>3. по распространенности</p> <p>4. по течению.</p> <p>Инфаркт миокарда – понятие временное. Он занимает примерно 8 нед с момента приступа ишемии миокарда – первичный (острый) инфаркт миокарда.</p> <p>Если инфаркт миокарда развивается спустя 8 нед после первичного (острого), то его называют повторным инфарктом.</p> <p>Инфаркт, развившийся в течение 8 нед существования первичного (острого), называют рецидивирующим инфарктом миокарда.</p> <p>Инфаркт миокарда локализуется чаще всего в области верхушки, передней и боковой стенок левого</p>	
--	--	--	--

		<p>желудочка и передних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в бассейне передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии, которая функционально более отягощена и сильнее других ветвей поражается атеросклерозом. Реже инфаркт возникает в области задней стенки левого желудочка и задних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в бассейне огибающей ветви левой венечной артерии. Когда атеросклеротической окклюзии подвергаются основной ствол левой венечной артерии и обе его ветви, развивается обширный инфаркт миокарда. В правом</p>	
--	--	---	--

		<p>желудочке и особенно в предсердиях инфаркт развивается редко. Размеры инфаркта определяются степенью стенозирующего атеросклероза венечных артерий, возможностью коллатерального кровообращения и уровнем закрытия (тромбоз, эмболия) артериального ствола; они зависят также от функционального состояния (отягощения) миокарда. Инфаркт миокарда может захватывать различные отделы сердечной мышцы:</p> <ul style="list-style-type: none"> субэндокардиальные – субэндокардиальный инфаркт, субэпикардиальные – субэпикардиальный инфаркт, его среднюю 	
--	--	--	--

		<p>часть — интрамуральный инфаркт или всю толщу сердечной мышцы — трансмуральный инфаркт. При вовлечении в некротический процесс эндокарда (субэндокардиальный и трансмуральный инфаркты) в ткани его развивается реактивное воспаление, на эндотелии появляются тромботические наложения. При субэпикардиальном и трансмуральном инфарктах нередко наблюдается реактивное воспаление наружной оболочки сердца – фибринозный перикардит. Руководствуясь распространенностью некротических изменений в сердечной</p>	
--	--	--	--

		<p>мышце, различают мелкоочаговый, крупноочаговый и трансмуральный инфаркт миокарда. В своем течении инфаркт миокарда проходит две стадии – некротическую и стадию рубцевания. В некротической стадии при гистологическом исследовании область инфаркта представляет собой некротизированную ткань, в которой периваскулярно сохраняются «островки» неизмененного миокарда. Область некроза отграничена от сохранившегося миокарда зоной полнокровия и лейкоцитарной инфильтрации (демаркационное воспаление). Эту</p>	
--	--	--	--

		<p>стадию характеризуют не только некротические изменения в очаге инфаркта, но и глубокие дисциркуляторные и обменные нарушения вне этого очага. Они характеризуются фокусами неравномерного кровенаполнения, кровоизлияниями, исчезновением из кардиомиоцитов гликогена, появлением в них липидов, деструкцией митохондрий и саркоплазматической сети, некрозом единичных мышечных клеток. Сосудистые нарушения появляются и за пределами сердца, например в головном мозге, где можно обнаружить неравномерное</p>	
--	--	--	--

		<p>полнокровие, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния. Стадия рубцевания (организации) инфаркта начинается по существу тогда, когда на смену лейкоцитам приходят макрофаги и молодые клетки фибробластического ряда. Макрофаги принимают участие в резорбции некротических масс, в их цитоплазме появляются липиды, продукты тканевого детрита. Фибробласты, обладая высокой ферментативной активностью, участвуют в фибриллогенезе. Организация инфаркта происходит как из зоны демаркации, так и из «островков»</p>	
--	--	--	--

		<p>сохранившейся ткани в зоне некроза. Этот процесс продолжается 7-8 нед, однако эти сроки подвержены колебаниям в зависимости от размеров инфаркта и реактивности организма больного. Новообразованная соединительная ткань вначале рыхлая, типа грануляционной, затем созревает в грубоволокнистую рубцовую, в которой вокруг сохранившихся сосудов видны островки гипертрофированных мышечных волокон. В полости перикарда в исходе фибринозного перикардита появляются спайки. В них нередко образуются сосуды, анастомозирующие с внесердечными</p>	
--	--	--	--

		<p>коллатералими, что способствует улучшению кровоснабжения миокарда. Таким образом, при организации инфаркта на его месте образуется плотный рубец. В таких случаях говорят о постинфарктном крупноочаговом кардиосклерозе. Сохранившийся миокард, особенно по периферии рубца, подвергается регенерационной гипертрофии. Осложнениями инфаркта являются кардиогенный шок, фибрилляция желудочков, асистолия, острая сердечная недостаточность, миомаляция, острая аневризма и разрыв сердца, пристеночный тромбоз, перикардит.</p>	
--	--	--	--

		<p>Миомаляция, или расплавление некротизированного миокарда, возникает в случаях преобладания процессов аутолиза мертвой ткани. Миомаляция ведет к разрыву сердца и кровоизлиянию в полость сердечной сорочки (гемоперикард и тампонада его полости).</p> <p>Острая аневризма сердца, т. е. взбухание некротизированной стенки, образуется при обширных инфарктах. Полость аневризмы обычно тромбируется, в ее стенке появляются надрывы эндокарда, кровь проникает в эти надрывы, отслаивает эндокард и разрушает некротизированный миокард. Возникают разрыв сердца и гемоперикард.</p>	
--	--	---	--

		<p>Пристеночные тромбы образуются при субэндокардиальном и трансмуральном инфарктах, с ними связана опасность тромбоэмболических осложнений.</p> <p>Перикардит, обычно фибринозный, нередко находят при субэпикардиальном и трансмуральном инфарктах.</p> <p>Смерть при инфаркте миокарда может быть связана как с самим инфарктом миокарда, так и с его осложнениями.</p> <p>Непосредственной причиной смерти в ранний период инфаркта становятся фибрилляция желудочков, асистолия, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность.</p> <p>Смертельными</p>	
--	--	---	--

		осложнениями инфаркта миокарда в более поздний период являются разрыв сердца или его острой аневризмы с кровоизлиянием в полость перикарда, а также тромбоэмболии (например, сосудов головного мозга) из полостей сердца, когда источником тромбоэмболии становятся тромбы на эндокарде в области инфаркта, в острой аневризме, в ушках сердца.	
9.	Ревматизм: этиология, классификация, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика и методы диагностики, прогноз. Эндокардит, миокардит, перикардит и панкардит: классификация, клинико-морфологическая характеристика, осложнения. Висцеральные поражения при ревматизме.	Ревматизм (болезнь Сокольского – Буйо) – инфекционно-аллергическое заболевание с преимущественным поражением сердца и сосудов, волнообразным течением, периодами обострения (атаки) и	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-

		<p>затихания (ремиссии). Чередование атак и ремиссий может продолжаться много месяцев и даже лет; иногда ревматизм принимает скрытое течение.</p> <p>В возникновении и развитии заболевания доказана роль <i>β</i>-гемолитического стрептококка группы А, а также сенсibilизации организма стрептококком (рецидивы ангины). Придается значение возрастным и генетическим факторам (ревматизм-полигенно наследуемое заболевание). При ревматизме возникает сложный и многообразный иммунный ответ (реакции гиперчувствительности</p>	<p>6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	---

		<p>немедленного и замедленного типов) на многочисленные антигены стрептококка. Основное значение придается антителам, перекрестно реагирующим с антигенами стрептококка и антигенами тканей сердца, а также клеточным иммунным реакциям. Некоторые ферменты стрептококка оказывают протеолитическое влияние на соединительную ткань и способствуют расщеплению комплексов гликозаминогликанов с белками в основном веществе соединительной ткани. В результате иммунного ответа на</p>	
--	--	--	--

		<p>компоненты стрептококка и на продукты распада собственных тканей в крови больных появляется широкий спектр антител и иммунных комплексов, создаются предпосылки для развития аутоиммунных процессов. Ревматизм принимает характер непрерывно-рецидивирующего заболевания с чертами аутоагрессии. Структурную основу ревматизма составляют системная прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани, поражение сосудов, особенно микроциркуляторного русла, и иммунопатологические процессы. В</p>	
--	--	---	--

		<p>наибольшей степени все эти процессы выражены в соединительной ткани сердца (основное вещество клапанного и пристеночного эндокарда и в меньшей степени листков сердечной сорочки), где можно проследить все фазы ее дезорганизации: мукоидное набухание, фибриноидные изменения, воспалительные клеточные реакции и склероз. Мукоидное набухание является поверхностной и обратимой фазой дезорганизации соединительной ткани и характеризуется усилением метахроматической реакции на гликозаминогликаны</p>	
--	--	--	--

		<p>(преимущественно гиалуроновую кислоту), а также гидратацией основного вещества.</p> <p>Фибриноидные изменения (набухание и некроз) представляют собой фазу глубокой и необратимой дезорганизации: наслаиваясь на мукоидное набухание, они сопровождаются гомогенизацией коллагеновых волокон и пропитыванием их белками плазмы, в том числе фибрином.</p> <p>Клеточные воспалительные реакции выражаются образованием прежде всего специфической ревматической гранулемы. На всех фазах развития ревматические гранулемы окружаются лимфоцитами и</p>	
--	--	--	--

		<p>единичными плазматическими клетками.</p> <p>Ревматические гранулемы образуются в соединительной ткани как клапанного, так и пристеночного эндокарда, миокарда, эпикарда, адвентиции сосудов. В редуцированном виде они встречаются в перитонзиллярной, периартикулярной и межмышечной соединительной ткани. Помимо гранулем, при ревматизме наблюдаются неспецифические клеточные реакции, имеющие диффузный или очаговый характер. Они представлены межучочными лимфогистиоцитарным и инфильтратами в органах. Склероз является</p>	
--	--	---	--

		<p>заключительной фазой дезорганизации соединительной ткани. Он носит системный характер, но наиболее выражен в оболочках сердца, стенках сосудов и серозных оболочках. Чаще всего склероз при ревматизме развивается в исходе клеточных пролифераций и гранулем (вторичный склероз), в более редких случаях-в исходе фибриноидного изменения соединительной ткани (гиалиноз, «первичный склероз»).</p> <p>Наиболее характерные изменения при ревматизме развиваются в сердце и сосудах.</p> <p>Выраженные дистрофические и воспалительные</p>	
--	--	--	--

		<p>изменения в сердце развиваются в соединительной ткани всех его слоев, а также в сократительном миокарде. Ими главным образом и определяется клинико-морфологическая картина заболевания.</p> <p>.Эндокардит – воспаление эндокарда – одно из ярких проявлений ревматизма. По локализации различают эндокардит клапанный, хордальный и пристеночный.</p> <p>Наиболее выраженные изменения развиваются в створках митрального или аортального клапанов.</p> <p>Изолированное поражение клапанов правого сердца наблюдается очень редко и при наличии</p>	
--	--	---	--

		<p>эндокардита клапанов левого сердца. При ревматическом эндокардите отмечаются дистрофические и некробиотические изменения эндотелия, мукоидное, фибриноидное набухание и некроз соединительной основы эндокарда, клеточная пролиферация (гранулематоз) в толще эндокарда и тромбообразование на его поверхности. Сочетание этих процессов может быть различным, что позволяет выделить несколько видов эндокардита. Выделяют 4 вида ревматического клапанного эндокардита [Абрикосов А. И.,</p>	
--	--	--	--

		<p>1947]:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диффузный, или вальвулит 2. острый бородавчатый 3. фибропластический 4. возвратно-бородавчатый. <p>Диффузный эндокардит, или вальвулит [по В. Т. Талалаеву], характеризуется диффузным поражением створок клапанов, но без изменений эндотелия и тромботических наложений. Острый бородавчатый эндокардит сопровождается повреждением эндотелия и образованием по замыкающему краю створок (в местах повреждения эндотелия) тромботических наложений в виде</p>	
--	--	---	--

		<p>бородавок (рис. 168). Фибропластический эндокардит развивается как следствие двух предыдущих форм эндокардита при особой склонности процесса к фиброзу и рубцеванию. Возвратно-бородавчатый эндокардит характеризуется повторной дезорганизацией соединительной ткани клапанов, изменением их эндотелия и тромботическими наложениями на фоне склероза и утолщения створок клапанов (рис. 169). В исходе эндокардита развиваются склероз и гиалиноз эндокарда, что приводит к его утолщению и деформации створок</p>	
--	--	---	--

		<p>клапана, т. е. к развитию порока сердца (см. Порок сердца).</p> <p>Миокардит – воспаление миокарда, постоянно наблюдающееся при ревматизме. Выделяют 3 его формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. узелковый продуктивный (гранулематозный); 2. диффузный межжелудочковый экссудативный; 3. очаговый межжелудочковый экссудативный. <p>Узелковый продуктивный (гранулематозный) миокардит характеризуется образованием в периваскулярной соединительной ткани миокарда ревматических гранул</p>	
--	--	--	--

		<p>(специфический ревматический миокардит – см. рис. 167). Гранулемы, распознающиеся только при микроскопическом исследовании, рассеяны по всему миокарду, наибольшее их число встречается в ушке левого предсердия, в межжелудочковой перегородке и задней стенке левого желудочка. Гранулемы находятся в различных фазах развития. «Цветущие («зрелые») гранулемы наблюдаются в период атаки ревматизма, «увядающие» или «рубцующиеся» – в период ремиссии. В исходе узелкового миокардита развивается периваскулярный</p>	
--	--	--	--

		<p>склероз, который усиливается по мере прогрессирования ревматизма и может приводить к выраженному кардиосклерозу. Диффузный межучочный экссудативный миокардит, описанный М. А Скворцовым, характеризуется отеком, полнокровием интерстиция миокарда и значительной инфильтрацией его лимфоцитами, гистиоцитами, нейтрофилами и эозинофилами. Ревматические гранулемы встречаются крайне редко, в связи с чем говорят о неспецифическом диффузном миокардите. Сердце становится очень</p>	
--	--	---	--

		<p>дряблым, полости его расширяются, сократительная способность миокарда в связи с развивающимися в нем дистрофическими изменениями резко нарушается. Эта форма ревматического миокардита встречается в детском возрасте и довольно быстро может заканчиваться декомпенсацией и гибелью больного. При благоприятном исходе в миокарде развивается диффузный кардиосклероз. Очаговый межучочный экссудативный миокардит характеризуется незначительной очаговой инфильтрацией миокарда лимфоцитами,</p>	
--	--	--	--

		<p>гистиоцитами и нейтрофилами. Гранулемы образуются редко. Эта форма миокардита наблюдается при латентном течении ревматизма. При всех формах миокардита встречаются очаги повреждения и некробиоза мышечных клеток сердца. Такие изменения сократительного миокарда могут быть причиной декомпенсации даже в случаях с минимальной активностью ревматического процесса. Перикардит имеет характер серозного, серозно-фибринозного или фибринозного и нередко заканчивается образованием спаек. Возможна облитерация</p>	
--	--	---	--

		<p>полости сердечной сорочки и обызвествление образующейся в ней соединительной ткани (панцирное сердце). При сочетании эндомиокардита говорят о ревматическом кардите, а при сочетании эндо-, миокардита – о ревматическом панкардите.</p> <p>Сосуды разного калибра, в особенности микроциркуляторного русла, постоянно вовлекаются в патологический процесс. Возникают ревматические васкулиты – артерииты, артериолиты и капилляриты. В артериях и артериолах возникают фибриноидные изменения стенок,</p>	
--	--	--	--

		<p>иногда тромбоз. Капилляры окружаются муфтами из пролиферирующих адвентициальных клеток. Наиболее выражена пролиферация эндотелиальных клеток, которые сливаются. Такая картина ревматического эндотелиоза характерна для активной фазы заболевания. Проницаемость капилляров резко повышается. Васкулиты при ревматизме носят системный характер, т. е. могут наблюдаться во всех органах и тканях (рис. 170). В исходе ревматического васкулита развивается склероз сосудов (артериосклероз,</p>	
--	--	--	--

		<p>артериосклероз, капилляросклероз). Поражение суставов – полиартрит – считается одним из постоянных проявлений ревматизма. В настоящее время оно встречается у 10-15% больных. В полости сустава появляется серозно-фибринозный выпот. Синовиальная оболочка полнокровна, в острой фазе в ней наблюдаются мукоидное набухание, васкулиты, пролиферация синовиоцитов. Суставной хрящ обычно сохраняется. Деформации обычно не развиваются. В околосуставных тканях, по ходу сухожилий соединительная ткань может подвергаться дезорганизации с</p>	
--	--	---	--

		<p>гранулематозной клеточной реакцией. Возникают крупные узлы, что характерно для нодозной (узловой) формы ревматизма. Узлы состоят из очага фибриноидного некроза, окруженного валом из крупных клеток макрофагального типа. С течением времени такие узлы рассасываются, и на их месте остаются рубчики. Поражение нервной системы развивается в связи с ревматическими васкулитами и может выражаться дистрофическими изменениями нервных клеток, очагами деструкции мозговой ткани и кровоизлияниями.</p>	
--	--	---	--

		<p>Такие изменения могут доминировать в клинической картине, что чаще встречается у детей – церебральная форма ревматизма (малая хорея).</p> <p>При ревматической атаке наблюдаются воспалительные изменения серозных оболочек (ревматический полисерозит), почек (ревматический очаговый или диффузный гломерулонефрит), легких с поражением сосудов и интерстиция (ревматическая пневмония), скелетных мышц (мышечный ревматизм), кожи в виде отека, васкулитов, клеточной инфильтрации (нодозная эритема), эндокринных желез, где развиваются</p>	
--	--	--	--

		<p>дистрофические и атрофические изменения.</p> <p>В органах иммунной системы находят гиперплазию лимфоидной ткани и плазмноклеточную трансформацию, что отражает состояние напряжен-ного и извращенного (аутоиммунизация) иммунитета при ревматизме.</p> <p>Клинико-анатомические формы.</p> <p>По преобладанию клинико-морфологических проявлений заболевания выделяются (в известной мере условно) следующие описанные выше формы ревматизма:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кардиоваскулярная 2. полиартритическая 3. нодозная (узловатая) 	
--	--	--	--

		<p>4. церебральная. Осложнения ревматизма чаще связаны с поражением сердца, В исходе эндокардита возникают пороки сердца. Бородавчатый эндокардит может стать источником тромбоэмболий сосудов большого круга кровообращения, в связи с чем возникают инфаркты в почках, селезенке, в сетчатке, очаги размягчения в головном мозге, гангрена конечностей и т. д. Ревматическая дезорганизация соединительной ткани приводит ксклерозу, особенно выраженному в сердце. Осложнением ревматизма могут стать спаечные процессы в полостях (облитерация полости плевры,</p>	
--	--	---	--

		<p>перикарда и т. д.). Смерть от ревматизма может наступить во время атаки от тромбоэмболических осложнений, но чаще больные умирают от декомпенсированного порока сердца.</p>	
10.	<p>Острый гастрит. Причины, механизм развития, морфологические формы, их характеристика, осложнения.</p>	<p>Гастрит (от греч. gaster – желудок) – воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка. Различают острый и хронический гастриты.</p> <p>В развитии острого гастрита велика роль раздражения слизистой оболочки обильной, трудно перевариваемой, острой, холодной или горячей пищей, алкогольными напитками, лекарственными препаратами</p>	<p>Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст] : учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с. : ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD own.asp?MacroName=</p>

		<p>(салицилаты, сульфаниламиды, кортикостероиды, биомицин, дигиталис и др.), химическими веществами (профессиональные вредности). Значительную роль играют также микробы (стафилококк, сальмонеллы) и токсины, продукты нарушенного обмена. Воспаление слизистой оболочки может охватывать весь желудок (диффузный гастрит) или определенные его отделы (очаговый гастрит). В связи с этим различают фундальный, антральный, пилороантральный и пилорoduоденальный гастриты. В зависимости от особенностей</p>	
--	--	--	--

		<p>морфологических изменений слизистой оболочки желудка выделяют следующие формы острого гастрита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. катаральный (простой) 2. фибринозный 3. гнойный (флегмозный) 4. некротический (коррозивный). <p>При катаральном (простом) гастрите слизистая оболочка желудка утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами, видны множественные мелкие кровоизлияния, эрозии. При микроскопическом исследовании выявляются дистрофия, некробиоз и слищивание</p>	
--	--	--	--

		<p>поверхностного эпителия, клетки которого отличаются повышенным слизиобразованием. Слущивание клеток ведет к эрозии. В тех случаях, когда имеются множественные эрозии, говорят об эрозивном гастрите. Железы изменяются незначительно, однако секреторная активность их подавлена. Слизистая оболочка пронизана серозным, серозно-слизистым или серозно-лейкоцитарным экссудатом. Собственный слой ее полнокровен и отечен, инфильтрирован нейтрофилами, встречаются диапедезные кровоизлияния. При фибринозном</p>	
--	--	--	--

		<p>гастрите на поверхности утолщенной слизистой оболочки образуется фибринозная пленка серого или желто-коричневого цвета. Глубина некроза слизистой оболочки при этом может быть различной, в связи с чем выделяют крупозный (поверхностный некроз) и дифтерический (глубокий некроз) варианты фибринозного гастрита. При гнойном, или флегмонозном, гастрите стенка желудка становится резко утолщенной, особенно за счет слизистой оболочки и подслизистого слоя. Складки слизистой оболочки грубые, с</p>	
--	--	---	--

		<p>кровоизлияниями, фибринозно-гнойными наложениями. С поверхности разреза стекает желто-зеленая гнойная жидкость. Лейкоцитарный инфильтрат, содержащий большое число микробов, диффузно охватывает слизистую оболочку, подслизистый и мышечный слои желудка и покрывающую его брюшину. Поэтому нередко при флегмонозном гастрите развиваются перигастрит и перитонит. Флегмона желудка иногда осложняет травму его, развивается также при хронической язве и изъязвленном раке желудка. Некротический гастрит возникает обычно при</p>	
--	--	---	--

		<p>попадании в желудок химических веществ (щелочи, кислоты и др.), прижигающих и разрушающих слизистую оболочку (коррозивный гастрит). Некроз может охватывать поверхностные или глубокие отделы слизистой оболочки, быть коагуляционным или колликвационным. Некротические изменения завершаются обычно образованием эрозий и острых язв, что может привести к развитию флегмоны и перфорации желудка. Исход острого гастрита зависит от глубины поражения слизистой оболочки (стенки) желудка. Катаральный гастрит может закончиться полным восстановлением</p>	
--	--	---	--

		<p>слизистой оболочки. При частых рецидивах он может вести к развитию хронического гастрита. После значительных деструктивных изменений, характерных для флегмонозного и некротического гастритов, развивается атрофия слизистой оболочки и склеротическая деформация стенки желудка – цирроз желудка.</p>	
--	--	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
	<p>Знать</p>

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	б - основы клинико-анатомического анализа, правила построения патологоанатомического диагноза, принципы клинико-анатомического анализа биопсийного и операционного материала;
---	---

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	РЕВМАТИЗМ - ЭТО БОЛЕЗНЬ 1) инфекционная 2) истинно аутоиммунная 3) инфекционно-аллергическая 4) миокарда специфическая	3) инфекционно-аллергическая	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970461396.htm 1
2.	ПАТОГЕНЕЗ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СВЯЗАН С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ 1) макроангиопатией 2) микроангиопатией	2) микроангиопатией	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704- 6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ВИДЫ КЛАПАННОГО ЭНДОКАРДИТА 1) очаговый 2) диффузный 3) терминальный 4) фибропластический	2) диффузный 4) фибропластический 6) возвратно- бородавчатый	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е

	<p>5) полипозно-язвенный 6) возвратно-бородавчатый</p>		<p>изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
2.	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ</p> <p>1) увеличены 2) симметрично сморщены 3) мелкозернистая поверхность 4) истончение коркового вещества 5) отложение жировой ткани вокруг лоханок</p>	<p>2) симметрично сморщены 3) мелкозернистая поверхность 4) истончение коркового вещества 5) отложение жировой ткани вокруг лоханок</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. В старческом возрасте возникает эмфизема легких</p> <p>2. При сдавлении воздухоносных путей возникает эмфизема легкого</p> <p>3. Тип эмфиземы легких , при которой формируются субплевральные пузыри</p> <p>4. Тип эмфиземы легких при разрывах альвеолярных стенок</p>	<p>1-А</p> <p>2-В</p> <p>3-Г</p> <p>4-Б</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Больной, страдавший инфильтративно-язвенным раком желудка, периодически отмечал рвоту цвета кофейной гущи, мелену. В крови — эритроцитов 2,2- 10 /л, гемоглобин 6/4 г/л. Умер при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.</p> <p>1. Какой вид анемии имеет место?</p> <p>2. Какие изменения костного мозга плоских и трубчатых костей обнаружены на вскрытии?</p> <p>3. Какие изменения миокарда обусловили сердечную недостаточность?</p> <p>4. Какие изменения печени обнаружены при гистологическом исследовании?</p> <p>Ответ:</p> <p>1.Хроническая постгеморрагическая анемия</p> <p>2.Превращение(замещение) жирового (жёлтого) костного мозга в красный (гиперплазия)</p> <p>3.Жировая дистрофия вследствие</p>	<p>1.Хроническая постгеморрагическая анемия</p> <p>2.Превращение(замещение) жирового (жёлтого) костного мозга в красный (гиперплазия)</p> <p>3.Жировая дистрофия вследствие гипоксии</p> <p>4.Жировая дистрофия гепатоцитов, очаги внекостномозгового кроветворения</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>

	<p>гипоксии</p> <p>4.Жировая дистрофия гепатоцитов, очаги внекостномозгового кроветворения</p>		
7.	<p>У больного, длительно страдающего сахарным диабетом, появилась нарастающая почечная недостаточность. Произведена пункционная биопсия почки.</p> <p>1.. Какие микроскопические изменения со стороны мезангия и мембран клубочковых капилляров могут быть обнаружены в почечном биоптате?</p> <p>2. Как называются эти изменения?</p> <p>3. Результатом какого генерализованного процесса являются описанные изменения?</p> <p>4. Какая окраска уточняет характер описанных изменений?</p> <p>5. Как называется клинический синдром почечной недостаточности при сахарном диабете, в основе которого лежат описываемые изменения в их крайнем выражении?</p>	<p>1.Гиалиноз мезангия, утолщение базальных мембран клубочковых капилляров</p> <p>2.Диабетический гломерулосклероз</p> <p>3.Микроангиопатия</p> <p>4. PAS-окраска (ШИК-реакция).</p> <p>5.Синдром Киммельстила-Уилсона</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.html</p>
8.	<p>Больная жалуется на плохой сон, общую слабость, раздражительность, пучеглазие, сердцебиение,</p>	<p>1.Базедова болезнь</p> <p>2.Пролиферация высокого эпителия с</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия :</p>

	<p>тахикардию. Пальпируется диффузно увеличенная щитовидная железа.</p> <p>1. О каком заболевании следует думать в данном случае?</p> <p>2. Какие микроскопические изменения щитовидной железы характерны для этого заболевания?</p> <p>3. Какие изменения возникают в сердце при этом заболевании?</p> <p>4. Как называют такое сердце?</p>	<p>образованием сосочков, жидкий коллоид, лимфоидные инфильтраты в строме</p> <p>3. Гипертрофия левого желудочка, межжелудочковый склероз</p> <p>4. Тиреотоксическое сердце</p>	<p>руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
9.	<p>В клинику поступил мужчина 51 года с жалобами на одышку, кашель с обильной мокротой. Такие симптомы впервые появились 30 лет назад, все это время он много курил. При рентгенологическом исследовании в легких обнаружены эмфизема, мешотчатые и цилиндрические расширения бронхов. Границы</p>	<p>1. Бронхоэктатическая болезнь</p> <p>2. Бронхоэктазы, эмфизема, пневмосклероз</p> <p>3. Легочное сердце</p> <p>4. Амилоидоз</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и</p>

	<p>сердца расширены за счет правого желудочка. Пальцы имеют вид барабанных палочек. В стационаре появились симптомы нарастающей почечной недостаточности. Умер от гиперазотемической уремии.</p> <p>1. Какое легочное заболевание имеет место у больного?</p> <p>2. Какие изменения легких обнаружены при вскрытии?</p> <p>3. Какие изменения сердца обнаружены при вскрытии?</p> <p>4. Какой патологический процесс осложнил легочное заболевание и явился причиной почечной недостаточности?</p>		<p>доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p> <p>1</p>
10.	<p>Больной длительное время страдал хроническим бронхитом и бронхиолитом, к которому присоединилась эмфизема легких. Явления эмфиземы стали доминировать в клинической картине. Больной умер.</p> <p>1. Какова причина смерти больного?</p> <p>2. Какой вид эмфиземы имеет место в данном случае?</p> <p>3. Какие изменения сердца найдены при вскрытии?</p>	<p>1.Хроническая легочно-сердечная недостаточность</p> <p>2.Хроническая обструктивная эмфизема</p> <p>3.Гипертрофия правого желудочка</p> <p>Легочное сердце</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

	4. Как называют сердце при наличии этих изменений?		2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
--	--	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Полип эндометрия. Рак эндометрия. Эпидемиология, предрасполагающие факторы, макроскопическая характеристика, гистологические формы, классификация, закономерности метастазирования, прогноз.	Полипы эндометрия представляют собой очаговую гиперплазию эндометрия. Развиваются они вследствие пролиферации желез базального слоя эндометрия на ножке, состоящей из фиброзной и гладкомышечной	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-

		<p>ткани.</p> <p><u>Патогенезе полипов</u> эндометрия ведущую роль играют те же факторы, что и в патогенезе гиперплазии эндометрия, т. е. нарушение гормонального баланса эстрогенов и прогестерона.</p> <p>В репродуктивном возрасте возникновение полипов может быть связано с локальными повреждающими воздействиями на эндометрий - медицинскими абортами, выскабливанием, внутриматочными вмешательствами, воспалительными заболеваниями.</p> <p>Выделяют</p>	<p>6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.html 1</p>
--	--	---	--

	<p>железистые, железисто-фиброзные и фиброзные полипы. <u>Железистые полипы</u> состоят из стромы и желез, просвет которых может быть расширен (железисто-кистозный полип). Железистый компонент преобладает над стромальным. Железы располагаются под углом друг к другу в различных направлениях с неодинаковой длиной, выстланы эпителием пролиферативного типа. В строме много клеток, рыхлой соединительной ткани с клубками кровеносных сосудов в основании и ножке.</p> <p><u>Железисто-фиброзные</u></p>	
--	---	--

		<p><i>полипы</i> состоят из соединительнотканной стромы и ограниченного количества желез, в которых железистый эпителий чередуется с нефункционирующим.</p> <p><u>В фиброзных полипах</u> больше содержится соединительной ткани, желез очень мало или они отсутствуют; железы выстланы нефункционирующим эпителием. Отмечается небольшое количество сосудов со склерозированными стенками.</p> <p><u>Рак (эндометрия)</u> Рак эндометрия чаще имеет вид экзофитной опухоли, эндофитная и</p>	
--	--	--	--

		<p>язвенно-инфильтративная формы ее встречаются реже. Локализуется он преимущественно у дна; при распространении процесс поражает стенки матки, иногда переходит на цервикальный канал.</p> <p>По гистологическому построению чаще встречаются такие формы рака: злокачественная аденома, железистый рак, аденоакантома.</p> <p><u>Злокачественная аденома</u> — высокодифференцированная форма раковой опухоли, которая редко встречается. Чаще всего возникает в виде изолированного очага.</p>	
--	--	---	--

		<p>Злокачественный характер этой формы проявляется в ее инфильтративном росте в эндометрий. Злокачественная аденома представляет собой начальную переходную форму железистого рака. Прогноз наиболее благоприятный.</p> <p><u>Железистый рак (аденокарцинома)</u> в зависимости от степени дифференциации клеточных элементов бывает разной степени зрелости: высокодифференцированный рак; рак средней степени дифференциации (железисто-солидный) малодифференцированных и</p>	
--	--	--	--

		<p>низкодифференцированный рак.</p> <p><u>Аденоакантома</u> (аденоканкроид)</p> <p>представляет собой форму железистого рака с образованиями на отдельных участках ткани плоскоклеточного характера. Встречается довольно редко. Это наиболее злокачественная форма опухоли. Прогноз, как правило, неблагоприятный.</p> <p>Метастазирования рака эндометрия происходит тремя путями: лимфогенным (основной), гематогенным и имплантационным.</p> <p>Лимфогенным путем</p>	
--	--	---	--

		<p>рак тела матки метастазирует в региональные пары этральные, подвздошные и парааортальные лимфатические узлы. Отдаленные метастазы, которые появляются в запущенных стадиях, проникают в паховые и надключичные лимфатические узлы.</p>	
7.	<p>Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб, Базедова болезнь): патогенез, морфологические особенности щитовидной железы, патология внутренних органов..</p>	<p>Диффузный токсический зоб (болезнь Базедова, болезнь Грейвса) – наиболее яркое проявление синдрома гипертиреозидизма, поэтому его называют также тиреотоксическим зобом. Причиной его развития является</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-</p>

		<p>аутоим-мунизация: аутоантитела стимулируют клеточные рецепторы тиреоцитов. Это позволяет отнести диффузный токсический зоб к "антительным болезням рецепторов". Морфологические особенности диффузного токсического зоба выявляются лишь при микроскопическом исследовании. К ним относятся превращение призматического эпителия фолликулов в цилиндрический; пролиферация эпителия с образованием сосочков, ветвящихся внутри фолликулов; вакуолизация и</p>	<p>6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>
--	--	---	--

		<p>изменение тинкториальных свойств коллоида (плохо воспринимает красители) в связи с разжижением его и обеднением йодом; лимфоплазмочитарная инфильтрация стромы, формирование лимфатических фолликулов с зародышевыми центрами.</p> <p>При болезни Базедова находят ряд висцеральных проявлений. В сердце, миокард которого гипертрофирован (особенно левого желудочка), в связи с тиреотоксикозом наблюдаются серозный отек и лимфоидная инфильтрация</p>	
--	--	--	--

		<p>межуточной ткани, а также внутриклеточный отек мышечных волокон – тиреотоксическое сердце. В исходе его развивается диффузный междуточный склероз. В печени также наблюдается серозный отек с редким исходом в фиброз (тиреотоксический фиброз печени). Дистрофические изменения нервных клеток, периваскулярные клеточные инфильтраты обнаруживают в промежуточном и продолговатом мозге. Нередко находят увеличение вилочковой железы, гиперплазию</p>	
--	--	---	--

		<p>лимфоидной ткани и атрофию коры надпочечников.</p> <p>Смерть при диффузном токсическом зобе может наступить от сердечной недостаточности, истощения. Во время операции удаления зоба может развиться острая надпочечниковая недостаточность.</p>	
8.	<p>Болезни предстательной железы. Болезни предстательной железы: классификация. Воспалительные заболевания. Простатиты: острый бактериальный, хронический. Этиология, морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы.</p>	<p>Простатит – воспаление предстательной железы – довольно частое заболевание мужчин в период активной половой жизни. Различают острый и хронический простатит. Острый простатит, вызываемый чаще</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

		<p>всего кокковой флорой, морфологически представлен тремя формами – катаральной, фолликулярной и паренхиматозной, которые можно рассматривать как стадии острого процесса. При катаральной форме возникают гнойный катар протоков простатических желез, полнокровие сосудов и отек интерстиция железы. Эта форма обычно переходит в фолликулярную, при которой к изменениям протоков присоединяются очаги воспалительной инфильтрации желез. При паренхиматозной</p>	<p>2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
--	--	---	---

		<p>форме лейкоцитарная инфильтрация становится диффузной; появляются абсцессы и очаги грануляций.</p> <p>При хроническом простатите, развитие которого связано с различными инфекциями (гонококк, трихомонады, хламидии, микоплазма, микобактерии, грибы), преобладают лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, разрастание грануляционной и рубцовой ткани; в ряде случаев появляются гранулемы.</p> <p>Атрофия желез сочетается с пролиферацией и метаплазией эпителия протоков, что ведет к</p>	
--	--	---	--

		<p>образованию криброзных и папиллярных структур. Осложнением простатита, особенно хронического, является рецидивирующая инфекция мочевого тракта.</p> <p>Исход хронического простатита зависит от этиологии и формы заболевания, состояния макроорганизма и характера лечения. При раннем начале лечения с применением комплексных методов во многих случаях хронического простатита, особенно при катаральной форме его, достигается полное и стойкое клиническое выздоровление и восстановление всех</p>	
--	--	---	--

		<p>функций этого органа. При более позднем начале терапии, особенно в случаях с выраженной инфильтрацией паренхимы железы, с помощью продолжительных и настойчивых лечебных мероприятий можно добиться гибели микроорганизмов, вызвавших первоначальное воспаление предстательной железы. Но излечение при этом не является полным, так как инфильтрат имеет выраженную тенденцию к организации, в результате чего наступают частичная</p>	
--	--	--	--

		гибель паренхимы органа и замещение ее рубцовой тканью.	
9.	Холецистит. Определение. Острый и хронический холецистит. Этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика, осложнения, причины смерти	Самым распространенным заболеванием является холецистит, который может быть острым и хроническим. Важнейшим предрасполагающим условием является застой желчи в желчном пузыре, например при аномалиях развития. Этиология: возбудители-кишечная палочка, стафило и стрептококки, анаэробная флора. Инфекция проникает в желчный пузырь гематогенным, лимфогенным и	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.html

		<p>восходящим энтерогенным путём.</p> <p>При остром холецистите развивается катаральное, фибринозное или гнойное (флегмонозное) воспаление. Острый холецистит осложняется прободением стенки пузыря и желчным перитонитом, в случае закрытия пузырного протока и скопления гноя в полости – эмпиемой пузыря, гнойным холангитом и холангиолитом, перихолециститом с образованием спаек.</p> <p>При хроническом холецистите воспаление развивается</p>	
--	--	---	--

		<p>медленее, протекает вяло.</p> <p>Хронический холецистит развивается как следствие острого, происходят атрофия слизистой оболочки, гистиолимфоцитарная инфильтрация, склероз, нередко петрификация стенки пузыря.</p> <p>Камни желчного пузыря являются причиной желчнокаменной болезни, калькулезного холецистита. Возможно прободение камнем стенки пузыря с развитием желчного перитонита. В тех случаях, когда камень из желчного пузыря спускается в печеночный или общий желчный проток и</p>	
--	--	---	--

		закрывает его просвет, развивается подпеченочная желтуха. В ряде случаев камень желчного пузыря не вызывает ни воспаления, ни приступов желчной колики и обнаруживается случайно на вскрытии.	
10.	<p>Гломерулярные болезни почек</p> <p>Гломерулонефрит. Современная классификация, этиология, патогенез, иммуноморфологическая характеристика. Острый гломерулонефрит.</p> <p>Постстрептококковый и нестрептококковый гломерулонефриты.</p> <p>Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Этиология, патогенез, морфологическая характеристика, осложнения исходы</p>	<p>Гломерулонефрит – заболевание инфекционно-аллергической или неуста-новленной природы, в основе которого лежит двустороннее диффузное или очаговое негнойное воспаление клубочкового аппарата почек (гломерулит) с</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС</p>

		<p>характерными почечными и внепочечными симптомами. К почечным симптомам относятся олигурия, протеинурия, гематурия, цилиндрурия, к внепочечным — артериальная гипертония, гипертрофия левого сердца, диспротеинемия, отеки, гиперазотемия и уремия. Сочетания этих симптомов при гломерулонефрите могут быть выражены по-разному, в связи с чем в клинике различают гематурическую, нефротическую (нефротический</p>	<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1</p>
--	--	--	---

		<p>синдром), гипертоническую и смешанную формы гломерулонефрита. Классификация гломерулонефрита учитывает: 1. нозологическую его принадлежность (первичный – как самостоятельное заболевание и вторичный – как проявление другой болезни); 2. этиологию (установленной этиологии- обычно это бактерии, вирусы, простейшие и неустановленной этиологии); 3. патогенез (иммунологически обусловленный и иммунологически не</p>	
--	--	---	--

		<p>обусловленный);</p> <p>4. течение (острое, подострое, хроническое);</p> <p>5. морфологию (топография, характер и распространенность воспалительного процесса).</p> <p>Этиология первичного гломерулонефрита.</p> <p>В одних случаях развитие гломерулонефрита связано с инфекцией, чаще бактериальной (бактериальный гломерулонефрит), в других такая связь отсутствует (абактериальный гломерулонефрит).</p> <p>Среди возможных возбудителей гломерулонефрита главную роль играет (3-гемолитический</p>	
--	--	---	--

		<p>стрептококк (его нефритогенные типы). Меньшее значение имеют стафилококк, пневмококк, вирусы, плазмодий малярии. В большинстве случаев бактериальный гломерулонефрит развивается после инфекционного заболевания, являясь выражением аллергической реакции организма на возбудителя инфекции. Чаще это ангина, скарлатина, острое респираторное заболевание, реже- пневмония, рожа, дифтерия, менингококковая инфекция, затяжной септический эндокардит, малярия,</p>	
--	--	---	--

		<p>сифилис. Острый гломерулонефрит, который обычно вызывается стрептококком (постстрептококковый, бактериальный, гломерулонефрит), а патогенез связан с циркулирующими иммунными комплексами (иммунокомплексный гломерулонефрит), может протекать 10-12 мес. В первые дни заболевания выражена гиперемия клубочков, к которой довольно быстро присоединяется инфильтрация мезангия и капиллярных петель нейтрофилами. Она отражает реакцию лейкоцитов на</p>	
--	--	---	--

		<p>гетерологичные, содержащие комплемент, иммунные комплексы. В процесс вовлекаются все почечные клубочки. Вскоре появляется пролиферация эндотелиальных и особенно мезангиальных клеток, а экссудативная реакция убывает. При преобладании в клубочках лейкоцитов говорят об экссудативной фазе, при сочетании пролиферации клеток клубочка с лейкоцитарной инфильтрацией – об экссудативно-пролиферативной фазе, при преобладании пролиферации</p>	
--	--	--	--

		<p>эндотелиоцитов и мезангиоцитов – о пролиферативной фазе острого гломерулонефрита. Иногда в тяжелых случаях острый гломерулонефрит имеет морфологические изменения, характерные для некротического гломерулонефрита а-фибриноидный некроз капилляров клубочка и приносящей артериолы наряду с тром-бозом капилляров и инфильтрацией нейтрофильными лейкоцитами.</p> <p>Почки при остром гломерулонефрите несколько увеличены, набухшие. Пирамиды темно-красные, кора</p>	
--	--	--	--

		<p>серовато-коричневого цвета с мелким красным крапом на поверхности и разрезе или с сероватыми полупрозрачными точками (пестрая почка). Однако в ряде случаев (смерть в первые дни болезни) почки при вскрытии могут казаться совершенно неизменными и лишь гистологическое исследование выявляет диффузный гломерулонефрит. Изменения почек, характерные для острого гломерулонефрита, чаще полностью обратимы. Однако в ряде случаев они сохраняются более года</p>	
--	--	--	--

		(острый затянувшийся гломерулонефрит) и могут трансформироваться в хронический.	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	7 - прикладное значение полученных знаний по патологической анатомии для последующего обучения и в дальнейшем – для профессиональной деятельности.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ ВОЗНИКАЮТ</p> <p>1) de novo 2) при малигнизации лейомиомы</p>	1) de novo	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>КЕЛОИД - ЭТО НАКОПЛЕНИЕ В РУБЦЕ</p> <p>1) больших количеств коллагена 2) грануляционной ткани 3) жировых клеток 4) хрящевой ткани 5) костных балок</p>	1) больших количеств коллагена	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL:</p>

			https://e.lanbook.com/book/105922
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ ПРИ ИНВАЗИВНОМ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ</p> <p>1) почки 2) печень 3) легкие 4) влагалище 5) головной мозг 6) кости и позвоночник</p>	<p>3) легкие 4) влагалище</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕМЫЕ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЭНДОКАРДИТЕ КЛАПАНЫ</p> <p>1) митральный 2) трехстворчатый 3) легочной артерии 4) аортальный и митральный 5) аортальный и трехстворчатый 6) аортальный и легочной артерии</p>	<p>1) митральный 4) аортальный и митральный</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва:</p>

			ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704- 6261-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. В строме органа в результате гиалиноза артериол развивается</p> <p>2. В паренхиме органа в результате гиалиноза артериол развивается</p> <p>А. Склероз</p> <p>Б. Атрофия</p> <p>В. Гиалиноз</p>	<p>1-АВ</p> <p>2-Б</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный //</p>

			ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной длительно страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, осложнившимся эмпиемой плевры. К легочному процессу спустя 6 лет от начала заболевания присоединилась нарастающая почечная недостаточность. Умер от гиперазотемической уремии. 1. О каком туберкулезе идет речь: первичном, гематогенном, вторичном? 2. Какая форма туберкулеза могла предшествовать образованию каверны?	1.вторичный туберкулёз 2.инфильтративный туберкулёз 3.гнойно-некротический, туберкулёзный грануляций, соединительнотканый 4.прорыв содержимого каверны в плевральную полость 5.бронхогенный 6.амилоидоз	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный //

	<p>3. Какие слои различают в стенке каверны?</p> <p>4. Каков механизм развития эмпиемы плевры?</p> <p>5. Каков путь распространения инфекции в легких?</p> <p>6. Какой процесс обусловил развитие гиперазотемической уремии?</p>		<p>URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>Больной страдал ревматическим пороком митрального клапана. Смерть наступила от хронической сердечно-сосудистой недостаточности. На вскрытии створки митрального клапана утолщены, сращены, непрозрачны, плотные, молочно-белого цвета.</p> <p>1. В результате каких последовательных изменений (стадий процесса) в клапанном эндокарде развилось это состояние?</p> <p>2. В чем сущность изменений в каждой из этих стадий?</p> <p>3. На какой стадии процесс был обратим?</p> <p>4. Какие проявления могла иметь хроническая сердечная недостаточность?</p>	<p>1. Гиалиноз.</p> <p>2. Мукоидное набухание, фибриноидное набухание.</p> <p>3. Мукоидное набухание накопление и перераспределение гликозамингликанов в основной соединительной ткани, повышение сосудисто-тканевой проницаемости. Фибриноиднонабухание деструкция межучного вещества и коллагеновых волокон, повышение сосудисто-тканевой</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

		<p>проницаемости с появлением в ткани фибрина и образованием вещества фибриноида. Гиалиноз образование плотного вещества гиалина в результате деструкции ткани и плазматического пропитывания.</p> <p>4.Мукоидное набухание</p>	<p>9785970462614.htm 1</p>
3.	<p>Больной страдал гипертонической болезнью и умер от инфаркта миокарда. При микроскопическим исследовании во многих органах обнаружены изменения артериол: стенки их утолщены, просвет сужен, интима представлена гомогенными массами розового цвета. На вскрытии также отмечено уменьшение размеров почек, поверхность их мелкозернистая.</p> <p>1. Какая дистрофия развилась в стенках сосудов? 2. В исходе какого процесса она развилась? 3. С чем связаны уменьшение</p>	<p>1. Гиалиноз. 2. Плазморрагия. 3. Атрофия и склероз нефронов. 4.Артериолосклеротический нефросклероз (нефроцирроз).</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>размеров и гранулярность поверхности почек?</p> <p>4. Как называется процесс, развившийся в почках?</p>		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.html</p>
4.	<p>Больная жаловалась на наличие плотного опухолевидного узла в молочной железе. Произведена секторальная резекция железы, ткань ее послана на гистологическое исследование. Обнаружен опухолевой узел диаметром 2 см, плотный, в капсуле, на разрезе бело-розовый, тяжистый. Опухоль представлена щелевидными железистыми компонентами, сдавленными разрастающейся соединительной тканью, которая преобладает над паренхимой.</p> <p>1. Какая опухоль обнаружена в молочной железе, дайте название?</p> <p>2. Вид этой опухоли в зависимости от особенностей разрастания соединительной ткани?</p> <p>3. Доброкачественная или злокачественная опухоль?</p> <p>4. Обладает ли органоспецифичностью?</p>	<p>1. Фиброаденома. 2. Интраканаликулярная. 3. Доброкачественная. 4. Органоспецифическая. 5. К дисгормональным гиперплазиям (дисплазиям).</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

	5. К какой категории заболеваний молочной железы относится?		
5.	<p>Женщина 45 лет обнаружила наличие опухолевого узла в левой молочной железе. Произведена секторальная резекция молочной железы, ткань прислана для срочного гистологического исследования. Макроскопически виден белесоватый узел с нечеткими контурами, плотной консистенции. Среди разрастаний волокнистой соединительной ткани найдены мелкие гнездовые скопления атипичных клеток эпителия.</p> <p>1. Какая макроскопическая форма рака имеет место?</p> <p>2. О каком гистологическом типе рака следует думать?</p> <p>3. Где возможны первые метастазы опухоли?</p> <p>4. Какое предраковое заболевание молочной железы могло иметь место в данном случае?</p>	<p>1. Узловатый рак.</p> <p>2. Фиброзный рак (скирр).</p> <p>3. В регионарных лимфатических узлах (передние грудные, подмышечные).</p> <p>4. Мастопатия (дисплазия).</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Дифтерия. Этиология, эпидемиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>Дифтерия (diphtheria от греч. diphthera – кожа, пленка) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественно фибринозным воспалением в очаге первичной фиксации возбудителя и общей интоксикацией, связанной с всасыванием экзотоксина микроба. Чаще болеют дети, чем взрослые, в настоящее время наблюдается заболеваемость детей преимущественно старше 7 лет. Этиология и патогенез. Возбудитель – палочка дифтерии – относится к семейству коринебактерий, выделяющих экзотоксин.</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>

		<p>Источником заражения являются бациллоносители, в меньшей степени – больные. Экзотоксин воз-будителя дифтерии обладает способностью подавлять биосинтез ферментов дыхательного цикла, поэтому парализует тканевое дыхание, изменяет холинергические процессы, нарушает синтез катехоламинов и приводит к накоплению их в тканях. Дифтерия по отношению к возбудителю представляет собой местную инфекцию, так как гематогенного распространения не бывает. Дифтерийная палочка размножается в области входных ворот на слизистых оболочках и выделяет экзотоксин,</p>	
--	--	---	--

		<p>всасываемость которого всецело зависит от особенностей структуры слизистой оболочки и глубины местных изменений. Местно экзотоксин вызывает некроз эпителия, паретическое расширение сосудов с нарушением их проницаемости, отек тканей и выход фибриногена из сосудистого русла. Фибриноген под влиянием тканевого тромбопластина свертывается. На поверхности поврежденной слизистой оболочки образуется фибриновая пленка. Экзотоксин действует преимущественно на сердечно-сосудистую, нервную системы и надпочечники. Такое</p>	
--	--	---	--

		<p>сочетанное поражение приводит к гемодинамическим нарушениям в организме, а выделение экзотоксина из организма сопровождается повреждением преимущественно канальцевого эпителия почек. Развитие тяжелых токсических и гипертоксических форм дифтерии, которые наблюдались до применения активной иммунизации, объясняется повышенной чувствительностью вследствие сенсibilизации к дифтерийному токсину. Патологическая анатомия. Местные изменения локализуются в слизистой оболочке зева, глоточных</p>	
--	--	--	--

		<p>миндалинах, верхних дыхательных путях. Изредка встречается дифтерия половых органов у девочек, конъюнктивы, раны.</p> <p>При дифтерии зева и миндалин последние увеличены, слизистая оболочка полнокровна, покрыта обильными плотными беловато-желтыми пленками (рис. 318). Мягкие ткани шеи отечны. При тяжелых токсических формах отек особенно резко выражен, может распространяться на переднюю поверхность грудной клетки. Воспаление имеет характер дифтеритического. Верхние слои эпителия некротизированы, слизистая оболочка пропитана фибринозным экссудатом с примесью</p>	
--	--	--	--

		<p>лейкоцитов, образующим массивные наложения на ее поверхности. Так как слизистая оболочка зева и миндалин выстлана многослойным плоским эпителием, прочно связанным с подлежащей соединительной тканью, фибринозная пленка долго не отторгается, что создает условия для всасывания токсина. Поэтому дифтерический тип воспаления при дифтерии зева и миндалин всегда сопровождается общими изменениями, зависящими от токсемии. Регионарные лимфатические узлы шеи значительно увеличены,</p>	
--	--	--	--

		<p>полнокровны, с желтовато-белыми некротическими фокусами или черноватыми очагами кровоизлияний на разрезе. В них наблюдаются отек, резкое полнокровие, стазы, кровоизлияния и некрозы фолликулов. Общие токсические изменения отмечаются в сердечно-сосудистой системе, в периферической нервной системе, в надпочечниках, почках, селезенке. В сердце развивается токсический миокардит. Полости сердца расширены в поперечнике, мышца тусклая, дряблая, пестрая на разрезе, могут быть пристеночные тромбы. Изменения кардиомиоцитов</p>	
--	--	--	--

		<p>характеризуются жировой дистрофией и мелкими очагами миолиза. В некоторых случаях преобладают отек, полнокровие и клеточная инфильтрация интерстиция. Поэтому различают альтернативную и интерстициальную формы миокардита.</p> <p>Если миокардит развивается в начале 2-й недели болезни и приводит к смерти от острой сердечной недостаточности, говорят о раннем параличе сердца при дифтерии.</p> <p>Перенесенный миокардит обуславливает развитие кардиосклероза.</p> <p>В нервной системе изменения локализуются в периферических нервах</p>	
--	--	---	--

		<p>и вегетативных ганглиях. Прежде всего поражаются те из них, которые расположены ближе к зеву: языкоглоточный, блуждающий, симпатический и диафрагмальный нервы, III шейный симпатический ганглий и нодозный ганглий блуждающего нерва. Развивается паренхиматозный неврит с распадом миелина, меньше страдают осевые цилиндры. В нервных ганглиях наблюдаются расстройства кровообращения, дистрофические изменения нервных клеток, вплоть до цитолиза. Изменения, постепенно нарастая, проявляются спустя 11/2-2 мес в виде так называемых поздних</p>	
--	--	--	--

		<p>параличей мягкого неба, диафрагмы, сердца при поражении языкоглоточного, диафрагмального и блуждающего нервов. Возможна регенерация элементов периферической нервной системы. В мозговом слое надпочечников отмечаются кровоизлияния, дистрофия и некроз клеток, в корковом слое – мелкие фокусы некрозов, исчезновение липидов. В почках – некротический нефроз, в тяжелых случаях токсической дифтерии – массивные некрозы коркового слоя. В селезенке отмечаются гиперплазия В- фолликулов с выраженным кариорексисом в центрах размножения</p>	
--	--	---	--

		<p>фолликулов, полнокровие пульпы. Смерть при несвоевременном введении антитоксической сыворотки или при токсических формах наступает от раннего паралича сердца при миокардитах или поздних параличах сердца или диафрагмы, связанных с паренхиматозным невритом.</p> <p>Дифтерия дыхательных путей характеризуется крупозным воспалением гортани, трахеи, бронхов с легко отходящими фибринозными пленками, выделяющимися иногда при кашле в виде слепков с дыхательных путей (рис. 319). Пленки легко отходят, так как</p>	
--	--	---	--

		<p>слизистая оболочка верхних дыхательных путей и бронхов выстлана призматическим и цилиндрическим эпителием, рыхло соединенным с подлежащей соединительной тканью. Отделению пленки способствует также обильное выделение слизи. Поэтому токсин не всасывается и общих токсических явлений при этой форме дифтерии не наблюдается.</p> <p>Крупозное воспаление гортани при дифтерии получило название истинного крупа, распространение процесса на мелкие разветвления бронхиального дерева – нисходящего крупа, который может</p>	
--	--	---	--

		<p>сопровождаться развитием очаговой пневмонии.</p> <p>Осложнения при дифтерии дыхательных путей связаны с применением интубации или трахеотомии, при которых возможно образование пролежней. Пролежни при вторичном инфицировании приводят к гнойному перихондриту хрящей гортани, флегмоне, гнойному медиастиниту.</p> <p>В настоящее время применение антибиотиков предотвращает эти осложнения.</p> <p>Смерть больных бывает вызвана асфиксией (спазм гортани при истинном крупе или закупорка дыхательных путей фибринозными</p>	
--	--	---	--

		<p>пленками) или присоединившейся пневмонией и гнойными осложнениями. Проводимая в настоящее время активная иммунизация привела к резкому снижению заболеваемости и смертности от дифтерии.</p>	
2.	<p>Биология опухолевого роста. Морфогенез опухолей. Эпителиальные опухоли: доброкачественные и злокачественные. Рак, его виды.</p>	<p>Естественное развитие большинства злокачественных опухолей проходит четыре главные фазы: малигнизацию клеток-мишеней, обозначаемую как трансформация, рост трансформированных клеток, местную инвазию и развитие дистантных метастазов.</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный //</p>

		<p>Формирование опухолевого узла из клональных потомков трансформированной клетки — это сложный процесс, на который влияет множество факторов. Некоторые процессы, например, удвоение жизни малигнизированных клеток, являются для них внутренними, другие же, например ангиогенез, отражают реакцию микроокружения, вызванную опухолевыми клетками или их продуктами.</p> <p>Кинетика роста опухолевых клеток. Клеточный цикл в опухолевой ткани насчитывает те же 5 фаз, что и в норме (G0 ,</p>	<p>URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	---

		<p>G₁, S, G₂ и M; см. главу 6). Вопреки иллюзорному представлению о большой скорости деления малигнизированных клеток современные данные говорят о том, что общая продолжительность их клеточного цикла равна периоду нормального цикла или даже его превышает. Таким образом, рост опухолей не связан с укорочением клеточного цикла. Часть клеток малигнизированной популяции, находящихся в пролиферативном пуле, относится к фракции роста. В ранних</p>	
--	--	--	--

		<p>стадиях опухолевого роста подавляющее большинство трансформированных клеток состоит в пролиферативном пуле. По мере роста новообразования клетки во все большем количестве покидают этот пул из-за сущивания, недостаточного снабжения, перехода во фракцию дифференцировки или возвращения к фазе G0</p> <p>Темп роста злокачественных новообразований определяется преобладанием воспроизведения клеток над их потерей. В некоторых случаях это преобладание</p>	
--	--	---	--

		<p>велико и приводит к быстрому увеличению узла, в других — весьма незначительно.</p> <p>Темп роста новообразования зависит от величины фракции роста и преобладания воспроизведения клеток над их потерей. При некоторых лейкомиях, лимфомах и мелкоклеточных карциномах легкого фракция роста довольно велика, и это обуславливает быстрое клиническое течение таких новообразований. Многие распространенные опухоли, например рак кишки и молочной железы, имеют небольшие фракции</p>	
--	--	--	--

		<p>роста, и воспроизведение клеток превышает их потерю примерно на 10 %. Такие карциномы имеют тенденцию к гораздо более медленному росту.</p> <p>Опухолевый ангиогенез. Кроме механизмов цитокинетики, на темп роста новообразования влияет и ряд других факторов. В начале 70- х годов Фолкмен (J.Folkman) показал, что в культуре ткани (in vitro), т.е. без васкуляризации, опухолевые клетки могут расти только до узелков диаметром 1— 2 мм. Но, когда такие</p>	
--	--	---	--

		<p>узелки имплантируют в живые ткани (in vivo), то при наличии кровоснабжения из окружающих тканей по капиллярам, врастающим в опухоль, новообразование продолжает расти.</p> <p>В опухолях солидного строения часто возникает некроз. Показано, что участок некроза внутри опухоли нередко образуется параллельно кровеносному сосуду и отделяется от него полосой в 1—2 мм жизнеспособных малигнизированных клеток. Эта зона в 1—2 мм вокруг сосуда предположительно представляет собой максимальную</p>	
--	--	--	--

		<p>дистанцию, на величину которой могут легко распространяться вне сосуда кислород и другие питательные материалы из кровотока.</p> <p>Опухоли содержат факторы, воздействующие на формирование новых капилляров. Факторы ангиогенеза вырабатываются опухолевыми клетками или клетками воспалительного ответа, например, макрофагами, инфильтрирующими новообразование.</p> <p>Выделено большое количество факторов ангиогенеза, связанных</p>	
--	--	--	--

		<p>с ростом опухолей.</p> <p>Опухолевая прогрессия и гетерогенность.</p> <p>Увеличение злокачественности связано с последовательным появлением клеточных субпопуляций, имеющих генои феноти-пические отличия от своих предшественников, которые представлены такими свойствами и признаками, как инвазивность, изменение темпа роста, способность к метастазированию, появление нового кариотипа, другой чувствительности к гормонам и противоопухолевым</p>	
--	--	---	--

		<p>препаратам. Поэтому, несмотря на то, что первоначально большинство злокачественных новообразований имеет моноклональное происхождение, ко времени их клинического обнаружения клетки, составляющие их паренхиму, отличаются выраженной гетерогенностью, т.е. неоднородностью в генои фенотипическом отношении. На молекулярном уровне опухолевая прогрессия и связанная с ней гетерогенность являются результатом множественных мутаций, накапливающихся в</p>	
--	--	---	--

		<p>разных клетках. Последние дают начало новым субклонам с новыми признаками. Эти признаки варьируют в пределах одного эпидермального, энтеродермального или другого гистиотипа. Считают, что трансформированные клетки становятся генетически нестабильными, т.е. в высокой степени подверженными случайным, спонтанным мутациям в ходе распространения</p> <p>Механизмы инвазии и метастазирования.</p> <p>Проращение окружающих тканей и дистантное распространение по</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфатическим и кровеносным сосудам — главные отличительные признаки злокачественного роста. Чаще всего они и являются причиной смерти больных. Для того чтобы опухолевые клетки освободились из первичного узла, затем проникли в лимфатическое или кровеносное русло и начали вторичный рост в каком-либо другом месте, им нужно пройти ряд ступеней так называемого метастатического каскада.</p> <p>Различают две фазы метастатического каскада: инвазию во внеклеточный матрикс</p>	
--	--	---	--

		<p>и сосудистую диссеминацию с последующим расселением опухолевых клеток в тканях.</p> <p>Нормальные клетки прикреплены друг к другу или к компонентам микроокружения с помощью молекул адгезии. Для проникновения через окружающий внеклеточный матрикс малигнизированные клетки вначале должны прикрепиться к его компонентам.</p> <p>После прикрепления к компонентам базальной мембраны или интерстициального внеклеточного</p>	
--	--	---	--

		<p>матрикса малигнизированные клетки прокладывают себе пути для миграции. Инвазия в матрикс не обеспечивается исключительно за счет пассивного роста, она требует активного ферментного расщепления компонентов внеклеточного матрикса. Опухолевые клетки могут сами вырабатывать протеолитические ферменты либо индуцировать продукцию протеаз местными клетками, например, стромаль- ными фибробластами или макрофагами иммунного</p>	
--	--	---	--

		<p>инфильтрата. На следующей ступени инвазии происходит продвижение малигнизированных клеток через расщепленные структуры базальных мембран и зоны протеолиза в матриксе. Миграция опосредована цитокинами, продуцируемыми опухолевыми клетками,</p> <p>В ходе циркуляции опухолевые клетки склонны к агрегации в группы. Этот процесс облегчен благодаря механизму гомотопических адгезии (прикрепления друг к другу родственных элементов) между</p>	
--	--	--	--

		<p>этими клетками и механизму гетеротипических адгезии между малигнизированными клетками и элементами крови, в частности тромбоцитами.</p> <p>Формирование тромбоцитарно-опухолевых агрегатов увеличивает шансы малигнизированных клеток на выживание и последующую имплантацию (вживление) в новую для них ткань. Затем происходит задержка опухолевого эм-бола в месте его прикрепления к эндотелию и проникновение клеток этого эмбола за пределы базальной мембраны в экстрава-</p>	
--	--	---	--

		<p>зальные ткани.</p> <p>Места, в которых опухолевые клетки покидают капилляры при метастазировании, связаны с анатомической локализацией первичной опухоли. Однако расположение естественных дренажных путей не может полностью объяснить варианты распределения метастазов.</p> <p>Таким образом несмотря на то, что распространение злокачественных новообразований имеет определенные закономерности,</p>	
--	--	---	--

		<p>предвидеть точную локализацию будущих метастазов в каждом отдельном случае невозможно.</p> <p>Молекулярные основы метастазирования. До сих пор какой-либо единый ген метастазирования не обнаружен. В то же время трансфекция клеток с мутантным геном <i>ras</i> обеспечивает не только автономный рост, но и другие изменения, дающие клеткам потенции к метастазированию.</p> <p>Кроме того, отмечены одновременно индукция ферментов расщепления (металлопротеиназ) и снижение экспрессии их тканевых</p>	
--	--	--	--

		<p>ингибиторов.</p> <p>Молекулярные основы такого плейотропного действия еще не известны (плейотропия — влияние одного гена на несколько фенотипических признаков).</p> <p>Когда нормальные клетки сливают <i>in vitro</i> с опухолевыми клетками метастазирующей линии, некоторые такие гибриды сохраняют опухолевые, но теряют метастазогенные свойства. Все это заставляет предположить наличие у некоторых нормальных генов способности к подавлению одного или нескольких</p>	
--	--	--	--

		метастазогенных свойств.	
3.	Сепсис как особая форма развития инфекции. Отличия от других инфекций. Этиология, патогенез, взаимоотношения макро- и микроорганизма. Понятие о септическом очаге, входных воротах (классификация, морфология).	Сепсис – это общее инфекционное заболевание, возникающее в связи с существованием в организме очага инфекции. Основными морфологическими особенностями сепсиса являются тяжелые дистрофические и некробиотические изменения во внутренних органах, воспалительные процессы различной степени выраженности в них, а также существенная перестройка органов иммунной системы.	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

		<p>Наиболее типичную морфологическую картину сепсис имеет при септикопиемии. Как правило, во всех наблюдениях отчетливо регистрируется первичный септический очаг, локализующийся во входных воротах. В тканях этого очага находится огромное количество микробных тел, регистрируются интенсивная инфильтрация лейкоцитами и участки некроза, определяются признаки острого флебита или тромбофлебита. Характерным признаком септикопиемии является наличие во многих органах</p>	
--	--	--	--

		<p>метастатических гнойных очагов, которые часто можно обнаружить невооруженным глазом. Однако нередко эти очаги обнаруживаются только под микроскопом в виде небольших фокусов, как правило, около кровеносных или лимфатических сосудов с явлениями васкулита. Другим типичным признаком септикопиемии являются дистрофические и некротические изменения внутренних органов, степень выраженности которых часто зависит от продолжительности</p>	
--	--	--	--

		<p>болезни.</p> <p>В начале болезни преобладают гиперпластические проявления, что сопровождается увеличением их размеров и нарастанием площади функциональных областей, а при более длительном течении заболевания в органах иммуногенеза обнаруживаются деструктивные процессы, сопровождающиеся массовой гибелью иммунокомпетентных клеток с практически полным истощением всех органов иммунной системы. Наиболее типичными являются изменения селезенки</p>	
--	--	---	--

		<p>(«септическая селезенка»). Она увеличенная, дряблая, на разрезе вишнево-красного цвета. Другой вариант сепсиса – септицемия – характеризуется существенными особенностями. Как правило, для этой формы сепсиса типично молниеносное течение.</p> <p>Главный морфологический признак септицемии – генерализованные сосудистые нарушения: стаз, лейкостаз, микротромбоз, геморрагия. Первичный септический очаг во входных воротах не всегда имеет четкую картину и нередко не обнаруживается</p>	
--	--	--	--

		<p>(криптогенный сепсис). Метастатические очаги, типичные для септикопиемии, не выявляются, хотя в ряде случаев регистрируются небольшие воспалительные инфильтраты в строме некоторых органов. Характерны тяжелые деструктивные процессы в паренхиматозных органах и гиперпластические изменения органов иммуногенеза (в частности, «септическая селезенка»). Однако эффективность функционирования иммунной системы при этом невысокая и при</p>	
--	--	---	--

		<p>микроскопическом исследовании выявляется картина незавершенного фагоцитоза.</p> <p>Септицемия нередко рассматривается в связи с бактериальным (септическим) шоком, который вызывается преимущественно грамм-отрицательной флорой и протекает с грубыми расстройствами микроциркуляции, шунтированием крови. Глубокая ишемия внутренних органов, обусловленная сосудистыми расстройствами, приводит к некротическим процессам во многих органах (в частности,</p>	
--	--	---	--

		<p>кортикальный некроз почек и т. д.).</p> <p>Типичны отек легких, геморрагии и эрозии в желудочно-кишечном тракте. Больные при сепсисе погибают от септического шока.</p> <p>Бактериemia (присутствие инфекции в системном кровотоке) — одно из возможных, но не обязательных проявлений сепсиса. Отсутствие бактериемии не должно влиять на постановку диагноза при наличии обозначенных выше критериев сепсиса. Даже при самом скрупулёзном соблюдении техники забора крови и использовании современных технологий</p>	
--	--	---	--

		<p>определения микроорганизмов у самых тяжёлых больных частота положительных результатов, как правило, не превышает 45%. Обнаружение микроорганизмов в кровотоке без клиникалабораторных подтверждений синдрома системного воспаления нужно расценивать как транзиторную бактериемию.</p>	
4.	<p>Лобарная (крупозная пневмония). Этиология, патогенез, клинимоρφологические особенности, стадии развития, осложнения, исходы.</p>	<p>Крупозная пневмония – острое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором поражается одна или несколько долей легкого (долевая, лобарная пневмония), в альвеолах появляется фибринозный экссудат (фибринозная, или крупозная, пневмония),</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные</p>

		<p>а на плевре – фибринозные наложения (плевропневмония) . Все перечисленные названия болезни являются синонимами и отражают одну из особенностей заболевания.</p> <p>Крупозная пневмония – самостоятельное заболевание. Болеют преимущественно взрослые, редко – дети. Возбудителем болезни являются пневмококки I, II, III и IV типов; в редких случаях крупозная пневмония вызывается диплобациллой Фридендера. Острое начало крупозной пневмонии среди полного здоровья и при отсутствии контактов с больными, как и носительство пневмококков</p>	<p>руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	---

		<p>здоровыми людьми, позволяет связать ее развитие с аутоинфекцией. По существующим уже более 100 лет классическим представлениям, крупозная пневмония, которую следует рассматривать как паренхиматозную, в своем развитии проходит 4 стадии: прилива, красного опеченения, серого опеченения, разрешения. Все стадии занимают 9-11 дней. Стадия прилива продолжается сутки и характеризуется резкой гиперемией и микробным отеком пораженной доли; в отечной жидкости находят большое число возбудителей. Отмечается повышение</p>	
--	--	--	--

		<p>проницаемости капилляров, начало диапедеза эритроцитов в просвет альвеол. Легкое несколько уплотнено, резко полнокровно.</p> <p>Стадия красного опеченения возникает на 2-й день болезни. На фоне полнокровия и микробного отека усиливается диапедез эритроцитов, которые накапливаются в просвете альвеол. К ним примешиваются нейтрофилы, между клетками выпадают нити фибрина. В экссудате альвеол обнаруживается большое число пневмококков, отмечается фагоцитоз их нейтрофилами. Лимфатические сосуды, расположенные в межуточной ткани</p>	
--	--	---	--

		<p>легкого, расширены, переполнены лимфой. Ткань легкого становится темно-красной, приобретает плотность печени (красное опеченение легкого). Регионарные в отношении пораженной доли легкого лимфатические узлы увеличены, полнокровны.</p> <p>Стадия серого опеченения возникает на 4-6-й день болезни. В просвете альвеол накапливаются фибрин и нейтрофилы, которые вместе с макрофагами фагоцитируют распадающиеся пневмококки. Можно видеть, как нити фибрина через межальвеолярные поры проникают из одной альвеолы в другую. Число эритроцитов, подвергающихся</p>	
--	--	--	--

		<p>гемолизу, уменьшается, снижается и интенсивность гиперемии. Происходит фибринолитическое воздействие нейтрофилов на выпавший фибрин, которое, начавшись в стадии серого опеченения, в дальнейшем усиливается (рис. 183). Доля легкого в стадии серого опеченения увеличена, плотная, тяжелая, на плевре значительные фибриновые наложения (плевропневмония). На разрезе легкое серой окраски (см. рис. 183), с зернистой поверхности стекает мутная жидкость. Лимфатические узлы корня легкого</p>	
--	--	---	--

		<p>увеличены, белозовые; при гистологическом их исследовании находят картину острого воспаления.</p> <p>Стадия разрешения наступает на 9- 11 -й день болезни. Фибринозный экссудат под влиянием протеолитических ферментов нейтрофилов и макрофагов подвергается расплавлению и рассасыванию.</p> <p>Происходит очищение легкого от фибрина и пневмококков: экссудат элиминируется по лимфатическим дренажам легкого и с мокротой.</p> <p>Фибринозные наложения на плевре рассасываются. Стадия разрешения</p>	
--	--	--	--

		<p>растягивается иногда на несколько дней после клинически безлихорадочного течения болезни. Различают легочные и внелегочные осложнения крупозной пневмонии. Легочные осложнения развиваются в связи с нарушением фибринолитической функции нейтрофилов. При недостаточности этой функции массы фибрина в альвеолах подвергаются организации, т. е. прорастают грануляционной тканью, которая, созревая, превращается в зрелую волокнистую соединительную ткань. Этот процесс организации называется карнификацией (от лат. сагпо – мясо). Легкое</p>	
--	--	--	--

		<p>превращается в безвоздушную плотную мясистую ткань. При чрезмерной активности нейтрофилов возможно развитие абсцесса и гангрены легкого. Присоединение гноя к фибринозному плевриту ведет к эмпиеме плевры.</p> <p>Внелегочные осложнения наблюдаются при генерализации инфекции. При лимфогенной генерализации возникают гнойные медиастинит и перикардит, при гематогенной – перитонит, метастатические гнойники в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный или полипозно-язвенный</p>	
--	--	--	--

		эндокардит, чаще правого сердца, гнойный артрит и т. д. Смерть при крупозной пневмонии наступает от недостаточности сердца (особенно часто в пожилом возрасте, а также при хроническом алкоголизме) или от осложнений (абсцесс мозга, менингит и т. д.).	
5.	Железистая гиперплазия эндометрия. Классификация, причины, морфологическая характеристика, прогноз (риск малигнизации). Опухоли тела матки. Классификация.	Железистая гиперплазия эндометрия – патологическое отклонение анатомического строения эндометриальной ткани, которое характеризуется разрастанием в ней железистых клеток, способствующих увеличению объема и утолщению самой ткани. Основу этого нарушения составляют	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentl

		<p>чрезмерно интенсивные процессы пролиферации в маточном железистом слое. Главной опасностью представленного нарушения является риск его перерождения в злокачественное образование. Гиперпластические процессы в эндометрии могут возникнуть в любой период развития женского организма, но в большинстве случаев это происходит на переходных этапах, что связано с гормональными изменениями (в период полового созревания или климакса). К генитальным патологиям, сопутствующим развитию отклонения можно отнести</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	---	---

		<p>поликистоз яичников, миому матки, эндометриты и эндометриоз. Повышают риск развития железистой гиперплазии эндометрия аборт, диагностические выскабливания и различные гинекологические операции. Факторами риска также служит искусственное прерывание беременности, отказ от гормональной контрацепции, отсутствие родов и поздняя менопауза. Классификация В зависимости от результатов гистологического исследования выделяют следующие разновидности гиперплазии эндометрия: очаговую</p>	
--	--	---	--

		<p>(полипы эндометрия), атипическую (аденоматоз), железисто-кистозную и железистую. Локальная или очаговая гиперплазия характеризуется разрастанием покровного и железистого эпителия совместно с подлежащими тканями, что ведет к образованию эндометриальных полипов. При аденоматозе происходит структурная перестройка и достаточно интенсивная пролиферация, что также сопровождается уменьшением стромальных элементов и полиморфизмом ядер. При железистой</p>	
--	--	---	--

		<p>гиперплазии эндометрия исчезает разделение между его функциональным и базальным слоем при наличии четкой границы между эндометрием и миометрием. Клетки желез при этом имеют разную форму и расположение, а их общее количество существенно увеличивается. Железисто-кистозная форма характеризуется преобразованием части желез в кистозную форму. Атипическая и полипозная гиперплазия представляют собой наиболее онкоопасные разновидности, которые относят к предраковым состояниям. Примерно в 10% случаев из аденоматоза</p>	
--	--	--	--

		<p>развивается рак эндометрия. Железистая и железисто-кистозная форма гораздо реже переходят в раковые состояния, но риск повышается при неподходящей гормонотерапии, выскабливании эндометрия.</p> <p>Рак тела матки</p> <p>Рак тела матки относится к гормонозависимым опухолям. Различают два основных патогенетических его варианта. Первый (гормонозависимый) вариант наблюдается у 60-70% больных. Он связан с гиперфункцией гипоталамуса и гипофиза, сопровождающейся гиперэстрогенией и снижением продукции</p>	
--	--	---	--

		<p>прогестерона. Второй (автономный) вариант наблюдается у 30-40% больных. Характеризуется отсутствием обменно-эндокринных нарушений, причем заболевание возникает при атрофии эндометрия и фиброзе стромы яичников. Патологическая анатомия. Наиболее частая локализация рака тела матки — область ее дна и тела, реже — нижний сегмент; рост опухоли может быть экзофитным, эндофитным и смешанным. Рак тела матки возникает из поверхностного цилиндрического эпителия желез эндометрия. Различают следующие</p>	
--	--	--	--

		<p>гистологические его типы: аденокарцинома (60-70%), железисто-плоскоклеточный рак (7-20%), светлоклеточная мезонефроидная аденокарцинома (6%) и низкодифференцированный рак; реже — аденоакантома, аденоканкроид, плоскоклеточный рак, карциносаркома. В зависимости от степени гистологической дифференцировки аденокарциномы делятся на высоко-, умеренно-и низкодифференцированные.</p>	
--	--	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
---	--

	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	1 -правильно пользоваться микроскопом;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРИЗНАК АПОПТОЗА 1) кариолизис 2) активация эндонуклеаз 3) активация синтеза ДНК 4) демаркационное воспаление 5) снижение содержания свободного кальция в цитозоле	2) активация эндонуклеаз	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
2.	<p>СЕЛЕКТИВНАЯ ДЛЯ ГЛИКОГЕНА ОКРАСКА</p> <p>1) судан III 2) пикрофуксин 3) ШИК-реакция 4) реакция Перлса 5) по Цилю—Нильсену 6) серебрение по Косее 7) толуидиновый синий 8) гематоксилин и эозин</p>	3) ШИК-реакция	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>КЛЕТКИ, ФАГОЦИТИРУЮЩИЕ АПОПТОЗНЫЕ ТЕЛЬЦА</p> <p>1) макрофаги</p>	<p>1) макрофаги 3) стромальные 5) паренхиматозные</p>	Пауков, В. С. Курс общей патологической

	<p>2) лимфоциты 3) стромальные 4) фибробласты 5) паренхиматозные</p>		<p>анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
2.	<p>ПРИ ДИСТРОФИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНО НАКАПЛИВАЮТСЯ 1) экзогенные вещества 2) органические кислоты 3) нуклеиновые кислоты 4) липиды, белки, углеводы, пигменты 5) продукты нарушенного метаболизма</p>	<p>1)экзогенные вещества 4)липиды, белки, 5)углеводы, пигменты продукты нарушенного метаболизма</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Клетки гематогенного происхождения в очаге хронического воспаления</p> <p>2. Клетки гистиогенного происхождения в очаге хронического воспаления</p> <p>А. Лимфоциты</p> <p>Б.Моноциты</p> <p>В. Фибробласты</p> <p>Г. Эндотелиальные</p>	<p>1-АБ</p> <p>2-ВГ</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

6.	<p>Больной страдал ревматическим митральным пороком сердца. В клинике выражены явления хронической сердечно-сосудистой недостаточности: одышка, цианоз, отеки, отеки нижних конечностей, увеличена печень. При кашле выделяется мокрота с бурым оттенком. Смерть наступила от сердечной недостаточности. 1. О каком нарушении кровообращения идет речь в данном случае? 2. Какие макроскопические изменения могут быть обнаружены на вскрытии легких? 3. Какие микроскопические изменения можно обнаружить в легких? 4. Какой процесс активирует функцию фибробластов при хроническом венозном застое в легких? 5. Что обуславливает развитие гемосидероза легких?</p>	<p>1.Общее венозное полнокровие. 2. Бурая индурация. 3.Гемосидероз, склероз. 4.Гипоксия. 5.Диapedезные кровоизлияния.</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
7.	<p>При патологоанатомическом вскрытии обнаружены следующие изменения: в интима аорты множественные желтовато-белесоватые бляшки, местами изъязвленные, в брюшном отделе аорты фиксированные к интима массы с неровной тусклой поверхностью, серо-красного цвета,</p>	<p>1.В аорте тромб 2.Бляшки и изъязвления в интима. 3.В легочной артерии посмертный сверток.</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. -</p>

	<p>крошащиеся, суживающие просвет аорты. В просвете легочной артерии видны массы красноватого цвета, по форме повторяющие легочную артерию, с блестящей гладкой поверхностью, эластической консистенции. 1. Какое образование обнаружено в аорте? 2. Какие изменения стенки аорты способствовали его появлению? 3. Какое образование обнаружено в просвете легочной артерии?</p>		<p>ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
8.	<p>У больного, страдавшего хроническим гломерулонефритом, в течение ряда лет отмечалась артериальная гипертензия. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности. 1.Какие макроскопические изменения сердца можно обнаружить на вскрытии, в каких преимущественно его отделах? 2. О каком процессе идет речь, назовите его? 3. Назовите вид этого процесса в зависимости от механизма развития? 4. Назовите стадию процесса?</p>	<p>1. Увеличение сердца за счет левого желудочка, расширение полостей. 2. Гипертрофия. 3.Компенсаторная (рабочая). 4. Декомпенсации.</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>

9.	<p>Больной поступил в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения по поводу опухоли головного мозга. При операции в височной области правого полушария обнаружена опухоль пестрого вида, с множественными кровоизлияниями. Опухоль удалена частично, так как границы ее нечеткие. При гистологическом исследовании новообразования выявлены клетки различной величины и формы, гигантские клетки, цитоплазма клеток светлая; встречаются очаги некроза и кровоизлияния. 1. Какая опухоль развилась у больного (название)? 2. К какой группе опухолей центральной нервной системы она относится? 3. Где можно ожидать метастазы?</p>	<p>1.Мультиформнаяглио бластома. 2.Нейроэктодермальны х. 3.В пределах центральной нервной системы.</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
10.	<p>У больного, страдающего хроническим бронхитом, рентгенологически обнаружено гомогенное затемнение округлой формы в области корня правого легкого. При бронхоскопии слизистая оболочка правого нижнедолевого бронха неровная, с участками разрастания</p>	<p>1.Центральный. 2 Узловатый рак. 3. Плоскоклеточный 4.Хронический бронхит. 5.Регионарные лимфатические узлы</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. -</p>

	<p>опухолевидной ткани. При гистологическом исследовании ткани опухоли обнаружены множественные гнездные скопления эпителиальных клеток с явлениями полиморфизма и большим числом митозов. В центре скоплений эпителиальных клеток — гомогенные массы рогового вещества. 1. Как назвать обнаруженный рак легкого в зависимости от его локализации? 2. Какая макроскопическая форма рака имеется в данном случае? 3. Какой гистологический тип рака легкого имеет место? 4. Что является фоновым предопухолевым процессом в данном случае? 5. Где следует ожидать первые метастазы опухоли?</p>		<p>ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
--	--	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Гистологическое исследование. Цитологическое исследование. Обычные и специальные методы окраски.</p>	<p>Цитологический метод. Исследования при помощи световой</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие :</p>

		<p>микроскопии мазков, отпечатков, соскобов, препаратов, приготовленных из отделяемого, смывов из органов крови, материала полученного при биопсии, являются наиболее доступным, быстрым, дешевым и безопасным для лабораторных работников методом исследования материала на наличие у больного вирусной инфекции. После нанесения материала на предметное стекло препарат высушивают, фиксируют и окрашивают. Различают методы окраски для обзорных целей, применяемые для получения общего представления о морфологии ткани или органа, и специальные, предназначенные для</p>	<p>видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
--	--	--	---

		<p>выявления определенных элементов клетки или ткани (например, комплекса Гольджи, митохондрий, эластических волокон соединительной ткани и т. д.).</p> <p>Ниже рассматриваются лишь некоторые методы окрашивания для обзорных целей.</p> <p>Суть их обычно заключается в том, что при этом окрашиваются ядра и каким-то контрастным красителем — цитоплазма.</p> <p>Специальные: для липидов – Судан 3, для тубика – Циль-Нильсен.</p>	
--	--	---	--

		<p style="text-align: center;">Микроскопия</p> <p style="text-align: center;">Световая</p> <p>микроскопия имеет ограничения: при увеличении более 1200 проявляется эффект деформации преломления для световых волн различной длины, в результате чего изображение теряет четкость и становится размытым.</p> <p style="text-align: center;">Электронная микроскопия</p> <p style="text-align: center;">Различают три основных типа электронной микроскопии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p style="text-align: center;">Трансмиссионна</p>	
--	--	--	--

		<p>я</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сканирующая • Аналитическая <p>электронная микроскопия</p> <p>Иммуногистохи мия</p> <p>Ценность иммуногистохимии заключается в том, что она базируется на строго специфических реакциях между диагностическими антителами и комплементарными им антигенами. При иммуногистохимическо м исследовании ткань обычно обрабатывают антителами к антигену, который хотят в ней выявить. Затем ткань</p>	
--	--	--	--

		<p>обрабатывают антителами к диагностическим антителам. Эти антитела содержат либо краситель, либо фермент, которые затем могут быть легко выявлены.</p> <p>С помощью данной технологии можно определять: гормоны, рецепторы, вирусы.</p> <p style="text-align: center;">Гистохимия</p> <p>Гистохимически исследования используются для определения в тканях различных веществ. На самом деле обычная окраска гематоксилином и эозином является также гистохимическим</p>	
--	--	--	--

		<p>методом. В настоящий момент разработано огромное количество красителей, специфически окрашивающих различные компоненты, входящие в состав клеток: ферменты, различные классы жиров, белки и гликопротеины, металлы, углеводы. Например: окраска по методу Ван-Гизон на коллагеновые волокна, альциановым синим на кислые гликозаминогликаны, импрегнация солями нитрата серебра по методу Гамори на ретикулярные волокна и т.д.</p>	
--	--	--	--

7.	Гистохимия. Иммуногистохимия. Электронная микроскопия.	Исследования при помощи световой микроскопии мазков, отпечатков, соскобов, препаратов, приготовленных из отделяемого, смывов из органов крови, материала полученного при биопсии, являются наиболее доступным, быстрым, дешевым и безопасным для лабораторных работников методом исследования материала на наличие у больного вирусной инфекции. После нанесения материала на предметное стекло препарат высушивают, фиксируют и окрашивают. Различают методы окраски для обзорных целей, применяемые для получения общего представления о	
----	---	--	--

		<p>морфологии ткани или органа, и специальные, предназначенные для выявления определенных элементов клетки или ткани (например, комплекса Гольджи, митохондрий, эластических волокон соединительной ткани и т. д.).</p> <p>Ниже рассматриваются лишь некоторые методы окрашивания для обзорных целей.</p> <p>Суть их обычно заключается в том, что при этом окрашиваются ядра и каким-то контрастным красителем — цитоплазма.</p> <p>Специальные: для липидов – Судан 3, для тубика – Циль-Нильсен.</p>	
--	--	---	--

		<p style="text-align: center;">Микроскопия</p> <p style="text-align: center;">Световая</p> <p>микроскопия имеет ограничения: при увеличении более 1200 проявляется эффект деформации преломления для световых волн различной длины, в результате чего изображение теряет четкость и становится размытым.</p> <p style="text-align: center;">Электронная микроскопия</p> <p style="text-align: center;">Различают три основных типа электронной микроскопии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	
--	--	--	--

		<p>Трансмиссионная</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сканирующая • Аналитическая электронная микроскопия <p>Иммуногистохимия</p> <p>Ценность иммуногистохимии заключается в том, что она базируется на строго специфических реакциях между диагностическими антителами и комплементарными им антигенами. При иммуногистохимическом исследовании ткань обычно обрабатывают антителами к антигену, который хотят в ней</p>	
--	--	--	--

		<p>выявить. Затем ткань обрабатывают антителами к диагностическим антителам. Эти антитела содержат либо краситель, либо фермент, которые затем могут быть легко выявлены.</p> <p>С помощью данной технологии можно определять: гормоны, рецепторы, вирусы.</p> <p style="text-align: center;">Гистохимия</p> <p>Гистохимические исследования используются для определения в тканях различных веществ. На самом деле обычная окраска гематоксилином и эозином является также</p>	
--	--	--	--

		<p>гистохимическим методом. В настоящий момент разработано огромное количество красителей, специфически окрашивающих различные компоненты, входящие в состав клеток: ферменты, различные классы жиров, белки и гликопротеины, металлы, углеводы. Например: окраска по методу Ван-Гизон на коллагеновые волокна, альциановым синим на кислые гликозаминогликаны, импрегнация солями нитрата серебра по методу Гамори на ретикулярные волокна и т.д.</p>	
--	--	--	--

8.	Морфология повреждения. Смерть клетки - определение, классификация, морфологические проявления.	Повреждение органов начинается на молекулярном или клеточном уровне, поэтому изучение патологии начинается с познания причин и молекулярных механизмов структурных изменений, возникающих в клетках при их повреждении. Структура нормальной клетки генетически направлена на осуществление определенного метаболизма, дифференцировку и специализацию. В ответ на воздействие различных факторов в клетках развивается	

		<p>процесс адаптации. В результате этого процесса клетки могут достигать нового устойчивого состояния, позволяющего им приспособиться к подобным воздействиям. Если лимиты адаптивного ответа клетки исчерпаны, а адаптация невозможна, то возникает повреждение клетки, до определенного предела обратимое. Однако, если неблагоприятный фактор действует постоянно или его интенсивность очень велика, развивается необратимое повреждение, или смерть, клетки.</p>	
--	--	---	--

		<p>Смерть клетки — конечный результат ее повреждения, главное следствие ишемии, инфекции, интоксикации, иммунных реакций. Кроме того, это естественное событие в процессе нормального эмбриогенеза, развития лимфоидной ткани, инволюции органа под действием гормонов, а также желаемый результат радио- и химиотерапии при раке.</p> <p>Существует два типа клеточной смерти — некроз и апоптоз. Некроз — наиболее распространенный тип смерти клетки. Он проявляется ее резким набуханием и разрывом</p>	
--	--	---	--

		<p>клеточной мембраны, денатурацией и коагуляцией цитоплазматических белков, разрушением клеточных органелл. Апоптоз необходим для нормальной элиминации ненужных клеточных популяций в процессе эмбриогенеза и при различных физиологических процессах. Апоптоз встречается и при патологических процессах; в этом случае он сопровождается некрозом.</p> <p>ПРИЧИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК</p> <p>Различают следующие причины повреждения</p>	
--	--	--	--

		<p>клеток.</p> <p>1. Гипоксия. Она является исключительно важной и распространенной причиной повреждения и смерти клеток. Уменьшение кровотока (ишемия), возникающее при появлении препятствий в артериях, обычно при атеросклерозе или тромбозе, является основной причиной гипоксии. Другой причиной может быть неадекватная оксигенация крови при сердечно-сосудистой недостаточности. Снижение способности крови к транспортировке кислорода, например при анемии и отравлении</p>	
--	--	--	--

		<p>CO₂ — третья и наиболее редкая причина гипоксии. В зависимости от тяжести гипоксии клетки могут адаптироваться к ней, повреждаться или погибать.</p> <p>2. Физические агенты. К ним относят механическую травму, чрезмерное снижение или повышение температуры окружающей среды, внезапные колебания атмосферного давления, радиацию и электрический шок.</p> <p>3. Химические агенты и лекарства. Даже простые химические соединения, такие как глюкоза и поваренная соль, в повышенных концентрациях могут</p>	
--	--	--	--

		<p>вызвать повреждение клеток непосредственно или путем нарушения их электролитного гомеостаза. Кислород в высоких концентрациях очень токсичен. Разрушительным действием обладают также многие факторы окружающей среды: пыль, инсектициды и гербициды; промышленные и природные факторы, например уголь и асбест; социальные факторы: алкоголь, курение и наркотики; высокие дозы лекарств.</p> <p>4. Инфекционные агенты. Они включают как субмикроскопические вирусы, так и ленточных червей. К</p>	
--	--	---	--

		<p>инфекционным агентам относятся риккетсии, бактерии, грибы, а также более высоко организованные формы паразитов.</p> <p>5. Иммунные реакции. Могут защищать организм, но могут вызвать и его смерть. Хотя иммунная система защищает организм от воздействия биологических агентов, тем не менее иммунные реакции могут привести к повреждению клеток. Развитие некоторых иммунных реакций лежит в основе аутоиммунных болезней.</p> <p>6. Генетические нарушения. Многие врожденные нарушения</p>	
--	--	---	--

		<p>метаболизма связаны с энзимопатиями, чаще отсутствием фермента.</p> <p>7. Дисбаланс питания. Нередко является основной причиной повреждения клеток. Дефицит белковой пищи и витаминов остается распространенным явлением.</p> <p>МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК</p> <p><i>Наиболее важными для развития повреждения и смерти клетки считают следующие четыре механизма.</i></p> <p>1. При недостаточном поступлении кислорода в ткани образуются его свободные радикалы, вызывающие свободнорадикальное</p>	
--	--	---	--

		<p>пероксидное окисление липидов (СПОЛ), что оказывает разрушительное действие на клетки.</p> <p>2. Особую роль в повреждении клетки играет нарушение гомеостаза кальция. Свободный кальций в цитозоле присутствует в исключительно низких концентрациях по сравнению с таковым вне клетки. Это состояние поддерживается связанными с клеточной мембраной энергозависимыми Ca^{2+}, Mg^{2+}-АТФазами. Ишемия и некоторые токсины вызывают увеличение концентрации кальция в цитозоле путем его</p>	
--	--	--	--

		<p>избыточного поступления через плазматическую мембрану и высвобождения из митохондрий и эндоплазматической сети. Повышенное содержание кальция в клетке ведет к активации ряда ферментов, повреждающих клетку: фосфолипаз (повреждение клеточной мембраны), протеаз (разрушение мембраны и белков цитоскелета), АТФаз (истощение запасов АТФ) и эндонуклеаз (фрагментация хроматина).</p> <p>3. Потеря митохондриями</p>	
--	--	--	--

		<p>пиридиннуклеотидов и последующая недостаточность АТФ, а также снижение синтеза АТФ являются характерными как для ишемического, так и для токсического повреждения клеток. Высокоэнергетические фосфаты в форме АТФ требуются для многих процессов синтеза и расщепления, происходящих в клетках. К этим процессам относятся мембранный транспорт, синтез белка, липогенез и реакции деацилирования — реацилирования, необходимые для фосфолипидного обмена. Имеется много данных о том, что</p>	
--	--	--	--

		<p>недостаточность АТФ играет роль в потере целостности плазматической мембраны, что характерно для смерти клетки.</p> <p>4. Ранняя потеря плазматической мембраной избирательной проницаемости — постоянный признак всех видов повреждения клеток. Такие дефекты могут возникать вследствие ряда событий, связанных с потерей АТФ и активацией фосфолипаз. Кроме того, плазматическая мембрана может быть повреждена в результате прямого воздействия некоторых</p>	
--	--	--	--

		<p>бактериальных токсинов, вирусных белков, компонентов комплемента, веществ из лизированных лимфоцитов (перфоринов), а также ряда физических и химических агентов.</p> <p>Морфология повреждения клеток.</p> <p>В классической морфологии нелетальное повреждение клеток называется дистрофией (см. лекции 4—7). В большинстве случаев она относится к обратимым повреждениям.</p> <p>Некроз наряду с апоптозом является одним из двух морфологических</p>	
--	--	---	--

		<p>выражений смерти клетки.</p> <p>Апоптоз ответствен за многочисленные физиологические и патологические процессы, происходящие в организме. (инволюция органов, опухоли и т д)</p>	
9.	<p>Причины повреждения клеток. Механизмы повреждения клеток. Морфология повреждения и смерти клеток. Обратимые и необратимые повреждения.</p>	<p>Различают следующие причины повреждения клеток.</p> <p>1. Гипоксия. Она является исключительно важной и распространенной причиной повреждения и смерти клеток. Уменьшение кровотока (ишемия), возникающее при появлении препятствий в артериях, обычно при атеросклерозе или тромбозе, является</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentl</p>

		<p>основной причиной гипоксии. Другой причиной может быть неадекватная оксигенация крови при сердечно-сосудистой недостаточности. Снижение способности крови к транспортировке кислорода, например при анемии и отравлении CO₂ — третья и наиболее редкая причина гипоксии. В зависимости от тяжести гипоксии клетки могут адаптироваться к ней, повреждаться или погибать.</p> <p>2. Физические агенты. К ним относят механическую травму, чрезмерное снижение или повышение температуры окружающей среды, внезапные колебания атмосферного</p>	<p>library.ru/book/06-COS-2421.html</p>
--	--	---	---

		<p>давления, радиацию и электрический шок.</p> <p>3. Химические агенты и лекарства. Даже простые химические соединения, такие как глюкоза и поваренная соль, в повышенных концентрациях могут вызвать повреждение клеток непосредственно или путем нарушения их электролитного гомеостаза. Кислород в высоких концентрациях очень токсичен.</p> <p>Разрушительным действием обладают также многие факторы окружающей среды: пыль, инсектициды и гербициды; промышленные и природные факторы, например уголь и асбест; социальные факторы: алкоголь, курение и наркотики;</p>	
--	--	--	--

		<p>высокие дозы лекарств.</p> <p>4. Инфекционные агенты. Они включают как субмикроскопические вирусы, так и ленточных червей. К инфекционным агентам относятся риккетсии, бактерии, грибы, а также более высоко организованные формы паразитов.</p> <p>5. Иммунные реакции. Могут защищать организм, но могут вызвать и его смерть. Хотя иммунная система защищает организм от воздействия биологических агентов, тем не менее иммунные реакции могут привести к повреждению клеток. Развитие некоторых иммунных реакций лежит в основе аутоиммунных бо-</p>	
--	--	--	--

		<p>лезней.</p> <p>6. Генетические нарушения. Многие врожденные нарушения метаболизма связаны с энзимопатиями, чаще отсутствием фермента.</p> <p>7. Дисбаланс питания. Нередко является основной причиной повреждения клеток. Дефицит белковой пищи и витаминов остается распространенным явлением</p>	
10.	<p>Патологическое обызвествление (кальцинозы). Виды кальцинозов: дистрофические, метастатические. Причины, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, диагностика, клинические проявления, исходы.</p>	<p><i>Кальций</i> связан с процессами проницаемости клеточных мембран, возбудимости нервно-мышечных приборов, свертывания крови, регуляции кислотно-основного состояния, формирования скелета и т.д.</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

		<p>Нарушения обмена кальция называют <i>кальцинозом, известковой дистрофией</i>, или <i>обызвествлением</i>. В его основе лежит выпадение солей кальция из растворенного состояния и отложение их в клетках или межклеточном веществе. Матрицей <i>обызвествления</i> могут быть митохондрии и лизосомы клеток, гликозаминогликаны основного вещества, коллагеновые или эластические волокна. В связи с этим различают <i>внутриклет</i></p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
--	--	--	--

		<p><i>очное и внеклеточное</i> обызвествление. Кальциноз может быть <i>системным</i> (распространенным) или <i>местным</i>.</p> <p>Механизм развития. В зависимости от преобладания общих или местных факторов в развитии кальциноза различают три формы обызвествления: метастатическое, дистрофическое и метаболическое.</p> <p><i>Метастатическое обызвествление (известковые метастазы)</i> имеет распространенный характер. Основной причиной его возникновения является <i>гиперкальцием</i></p>	
--	--	--	--

		<p>ия, связанная с усиленным выходом солей кальция из депо, пониженным их выведением из организма, нарушением эндокринной регуляции обмена кальция (гиперпродукция паратгормона, недостаток кальцитонина). Поэтому возникновение известковых метастазов отмечают при разрушении костей (множественные переломы, миеломная болезнь, метастазы опухоли), остеомалации и гиперпаратиреоидной остеодистрофии, поражениях толстой кишки (отравление сулемой, хроническая</p>	
--	--	---	--

		<p>дизентерия) и почек (поликистоз, хронический нефрит), избыточном введении в организм витамина D и др.</p> <p>Соли кальция при метастическом обызвествлении выпадают в разных органах и тканях, но наиболее часто - в легких, слизистой оболочке желудка, почках, миокарде и стенке артерий. Это объясняется тем, что легкие, желудок и почки выделяют кислые продукты и их ткани вследствие большей щелочности менее способны удерживать соли кальция в растворе, чем ткани других органов.</p>	
--	--	--	--

		<p>В миокарде и стенке артерий известь откладывается в связи с тем, что их ткани омываются артериальной кровью и относительно бедны углекислотой.</p> <p>Внешний вид органов и тканей мало изменяется, иногда на поверхности разреза видны беловатые плотные частицы. При известковых метастазах соли кальция инкрустируют как клетки паренхимы, так и волокна и основное вещество соединительной ткани. В миокарде (рис. 42) и почках первичные отложения извести</p>	
--	--	--	--

		<p>находят в митохондриях и фаголизосомах, обладающих высокой активностью фосфатаз (образование фосфата кальция). В стенке артерий и в соединительной ткани известь первично выпадает по ходу мембран и волокнистых структур. Вокруг отложений извести наблюдается воспалительная реакция, иногда отмечают скопление макрофагов, гигантских клеток, образование гранулемы.</p> <p>При <i>дистрофическом обызвествлении</i>, или <i>не трификации</i>, отложения солей кальция имеют местный характер и</p>	
--	--	--	--

		<p>обычно обнаруживаются в тканях, омертвевших или находящихся в состоянии глубокой дистрофии; гиперкальциемия отсутствует. Основная причина дистрофического обызвествления - физико-химические изменения тканей, обеспечивающие абсорбцию извести из крови и тканей жидкости. Наибольшее значение придается ощелачиванию среды и усилению активности фосфатаз, высвобождающихся из некротизированных тканей.</p> <p>При дистрофическом обызвествлении в</p>	
--	--	--	--

		<p> тканях образуются разных размеров известковые сrostки каменной плотности - <i>петрификаты</i>; в ряде случаев в петрификатах появляется костная ткань (<i>оссификация</i>). П етрификаты образуются в казеозных очагах при туберкулезе, гуммах, инфарктах, фокусах хронического воспаления и т.д. Дистрофическому обызвествлению подвергаются также рубцовая ткань (например, клапанов сердца при его пороке, атеросклеротических бляшек - рис. 43), хрящи (хондрокальциноз), погибшие паразиты (эхинококк, трихины), </p>	
--	--	---	--

		<p>мертвый плод при внематочной беременности (литопедион) и др.</p> <p>Механизм <i>метаболического</i> <i>обызвествления</i> (<i>известковая подагра, интерстициальный кальциноз</i>) не выяснен: общие (гиперкальциемия) и местные (дистрофия, некроз, склероз) предпосылки отсутствуют. В развитии метаболического <i>обызвествления</i> главное значение придают нестойкости буферных систем (рН и белковые коллоиды), в связи с чем кальций не удерживается в крови и</p>	
--	--	---	--

		<p>тканевой жидкости даже при невысокой его концентрации, а также наследственно обусловленной повышенной чувствительности тканей к кальцию - <i>кальцергии</i>, или <i>кальцифилаксии</i> (Селье Г., 1970).</p> <p>Различают системный и ограниченный интерстициальный кальциноз.</p> <p>При <i>интерстициально м системном</i> (универсальном) <i>кальцинозе</i> извест ь выпадает в коже, подкожной клетчатке, по ходу сухожилий, фасций и апоневрозов, в мышцах, нервах и сосудах;</p>	
--	--	---	--

		<p>иногда локализация отложений извести бывает такой же, как при известковых метастазах. Интерстициальный ограниченный (местный) кальциноз, или известковая подагра, характеризуется отложением извести в виде пластинок в коже пальцев рук, реже ног.</p> <p>Исход. Неблагоприятен : выпавшая известь обычно не рассасывается или рассасывается с трудом.</p> <p>Значение. Имеют значение распространенность, локализация и характер обызвествлений. Так, отложение извести в</p>	
--	--	--	--

		стенке сосуда ведет к функциональным нарушениям и может явиться причиной ряда осложнений (например, тромбоза). Наряду с этим отложение извести в казеозном туберкулезном очаге свидетельствует о его заживлении, т.е. имеет репаративный характер.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	2 - осуществлять сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней на всех этапах их развития;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1	<p>ПОВЕРХНОСТЬ ПЕЧЕНИ ПРИ СТЕАТОЗЕ</p> <p>1) гладкая 2) бугристая 3) глазурная 4) шероховатая 5) морщинистая 6) мелкозернистая</p>	1) гладкая	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2	<p>БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ИНФАРКТА МИОКАРДА</p> <p>1) организация 2) миомаляция 3) оссификация 4) образование кисты</p>	1) организация	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.].</p>

			— Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Выберите несколько правильных ответов		
1	У БОЛЬНОГО ОСТРОЙ АНЕВРИЗМОЙ СЕРДЦА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ 1) ишемического инфаркта головного мозга 2) тромбоза легочной артерии 3) инфаркта почки 4) миокардита	1) ишемического инфаркта головного мозга 3) инфаркта почки	Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com

			m/book/105922
2	<p>ВНЕСЕРДЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ АНЕВРИЗМЕ СЕРДЦА</p> <p>1) гангрена кишки 2) амилоидоз почек 3) крупозная пневмония 4) некротический нефроз 5) ишемический инфаркт головного мозга</p>	<p>1) гангрена кишки 5) ишемический инфаркт головного мозга</p>	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1	<p>1. Для ранней стадии шока характерны 2. Для прогрессирующей стадии шока характерны 3. Для необратимой стадии шока характерны</p>	<p>1-ВД 2-БГ 3-АЕ</p>	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.].</p>

<p>А. Повреждение эндотелия, мембран клеток</p> <p>Б. Начало метаболических и циркуляторных расстройств</p> <p>В. Снижение объема сердечного выброса</p> <p>Г. Пониженное кровенаполнение органов</p> <p>Д. Компенсированное снижение давления крови</p> <p>Е. Недостаточность кровообращения на уровне</p>		<p>— Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
---	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p><i>Мужчина К. 32 лет, в прошлом спортсмен-боксёр высокого класса в тяжёлом весе, обратился к врачу с жалобами на быстро нарастающий вес тела (за 6 мес.</i></p>	<p>1.У больного парциальная гиперфункция передней доли гипофиза и вторичная гиперфункция</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е</p>

<p><i>прибавил 7 кг), мышечную слабость, появление «синяков» на коже после несильных ударов, головокружение, головную боль (чаще в области затылка), периодически — мелькание «мушек» и «спиралей» перед глазами; повышенную жажду (за сутки выпивает 5–6 л жидкости), частое обильное мочеиспускание.</i></p> <p><i>При осмотре: пациент гиперстенического телосложения, с избытком жировых отложений на лице (лунообразное лицо), шея (бизоний горб), над ключицами; на животе — пурпурные полосы; избыточное оволосение на груди и спине; большое число «синяков» различного цвета на ногах и руках. АД 185/110 мм рт.ст. Анализ крови: Hb 130 г/л, эритроциты $5,1 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $10 \times 10^9/л$, нейтрофилия, относительная лимфопения, отсутствие эозинофилов; СОЭ 5 мм/час; ГПК 210 мг%; гипернатриемия. Анализ</i></p>	<p>коркового слоя надпочечников.</p> <p>2. Гиперпродукция АКТГ приводит к активации корковой части надпочечников (болезнь Иценко-Кушинга).</p> <p>3. Первоначально развилась гиперфункция аденогипофиза (в результате её гипертрофии или роста опухоли). В связи с увеличением содержания в крови АКТГ повысилась продукция минерало- и глюкокортикоидов корой надпочечников.</p> <p>4. Артериальная гипертензия и гипернатриемия является следствием повышенной активности клубочковой зоны (гиперпродукция альдостерона);</p>	<p>изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	---	--

	<p><i>мочи: диурез 4000 мл/сутки, относительная плотность 1,035, глюкозурия, белка и КТ не обнаружено, повышено содержание свободного кортизола.</i></p> <p>1. Какая (какие) форма (формы) эндокринной патологии развилась у пациента? Ответ обоснуйте.</p> <p>2. Если Вы предполагаете наличие нескольких форм эндокринопатий, то какова между ними патогенетическая связь?</p> <p>3. Если форм эндокринопатий несколько, то какая из них является первичной? Какова её причина и механизмы развития?</p> <p>4. Каковы механизмы развития каждого из симптомов, имеющих у пациента?</p>	<p>гипергликемия — результат усиления процесса гликонеогенеза в связи с повышением выработки и высвобождения глюкокортикоидов пучковой зоной коры надпочечников. Появление стрий — следствие активации катаболизма белков и угнетение протеосинтеза кожи. Частое обильное мочеиспускание в связи с развитием глюкозурии.</p>	
--	--	--	--

<p>2.</p>	<p>Ребенок, 1,5 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.</p> <p>Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев, при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния, 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.</p> <p>Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка «не любят» молоко.</p> <p>Объективно: Ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, слизистые обычной окраски. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 120 ударов в минуту. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна. Стул 2 раза</p>	<p>1. Первичная лактазная недостаточность. Дисбактериоз.</p> <p>2. Заболевание обусловлено врожденным дефицитом фермента – лактазы, расщепляющего лактозу. Наблюдается нарушение расщепления лактозы, а также плохая переносимость продуктов, содержащих молочный сахар. Этим же дефектом обусловлены похожие симптомы у близких родственников пациентки. При селективном дефиците фермента и нарушении расщепления лактозы происходит повышение осмолярности содержимого кишечника и развитие диареи. Кроме того, лактоза не расщепляется до глюкозы, что приводит к развитию</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
-----------	---	--	---

<p>в сутки, пенистый, с кислым запахом.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л (N - 120 - 160 г/л); Эр - $4,2 \times 10^{12}$/л (N - 4 - 4,5 10^{12} /л), Лейк-$5,1 \times 10^9$ /л (N - 6 - 11×10^9/л); п/я - 2% (N - 1,3 - 2,6%), с/я - 33%</p> <p>(N - 53,5 - 61,6%); э - 3% (N - 2,7 - 3,2%); л - 52% (N - 27,5 - 38%); м - 10% (5,3 - 5,4%); СОЭ-3 мм/час (N- 5,3 -10,4 мм/час).</p> <p>Кал на углеводы: реакция положительная.</p> <p>Тест с лактозой: после нагрузки с лактозой появился жидкий стул.</p> <p>Исследование кала на дисбактериоз: снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум – флоры.</p> <p>1. Ваше заключение о патологическом процессе у больного.</p> <p>2. Почему «не любят» молоко родственники ребенка?</p>	<p>гипогликемии, которая проявляется повышенной утомляемостью и мышечной слабостью. Нарушение процесса ферментативного расщепления лактозы ведет к развитию дисбактериоза кишечника, так как изменяется рН среды в кишечнике, и такая среда становится благоприятной для выживания и размножения патогенной флоры, вытесняющей нормальную микрофлору.</p> <p>3. Диета, содержащая низколактозные смеси.</p> <p>4. Кишечная форма муковисцидоза – заболевание обусловлено врожденным дефектом обратного всасывания экзокринными железами хлорида натрия, в результате чего</p>	
--	---	--

	<p>3. Назначьте правильную диету.</p> <p>4. Какие еще наследственные ферментопатии ЖКТ, проявляющиеся синдромом мальабсорбции Вы знаете?</p>	<p>изменяется характер секрета и его отток. Синдром мальабсорбции наблюдается из-за поражения желез кишечника, что приводит к нарушению процессов переваривания и всасывания. Целиакия - хроническое наследственное заболевание, обусловленное недостаточностью ферментов, участвующих в переваривании глютена. Синдром мальабсорбции развивается из-за аутоиммунного воспаления, индуцируемого повреждающим действием глютена на энтероциты.</p>	
3.	Больная В., 56 лет. Страдает сахарным диабетом на протяжении	1. Нет, не сохранится, поскольку	Струков, А. И. Патологическая

	<p>20 лет. Доставлена в клинику в предкомадном состоянии: головная боль, слабость, тошнота, вялость, выраженная одышка. Несмотря на предпринимаемые меры состояние больной прогрессивно ухудшалось. Развилась диабетическая кома. Больная без сознания. Пульс учащенный, слабый. Артериальное давление снижено.</p> <p>1. Сохранится ли одышка у больной в коматозном состоянии?</p> <p>2. Назовите основные причины расстройств биомеханики внешнего дыхания, приводящие к развитию альвеолярной гиповентиляции по обструктивному типу.</p> <p>3. Как меняются показатели функции легких при гиповентиляции легких по обструктивному типу?</p>	<p>под одышкой принято понимать нарушение вентиляции легких, сопровождающееся субъективным ощущением недостатка воздуха. В бессознательном состоянии у человека не может сохраниться ощущение недостатка воздуха и связанная с ним потребность усилить дыхание.</p> <p>2. Обтурация просвета дыхательных путей, спазм бронхов и бронхиол, спазм мышц гортани, компрессия дыхательных путей извне, динамическое сдавление бронхов среднего и мелкого диаметра при повышении внутрилегочного давления во время выдоха (особенно форсированного).</p> <p>3. Снижение</p>	<p>анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	---	---	---

		показателей объема форсированной жизненной емкости легких (ФЖЁЛ) и объема форсированного выдоха за 1 с (ФЖЁЛ1), а также снижение соотношения (ФЖЁЛ/ФЖЁЛ1) (индекс Тиффно); сохранение в диапазоне нормы показателя общей емкости легких; увеличение показателей остаточного объема легких (ООЛ) и отношения ООЛ к общей емкости легких.	
4.	Женщина 40 лет обратилась с жалобами на очаговые изменения кожи плеча в виде уплотнения бледно-серого цвета, пергаментного вида. Проведена биопсия кожи. Установлен диагноз системного прогрессирующего склероза. 1 Назовите синоним заболевания.	1) склеродермия 2) фиброз дермы, атрофия эпидермиса 3) мукоидное набухание, фибриноидный некроз, склероз	

	<p>2 Опишите микроскопические изменения кожи.</p> <p>3 Назовите проявления системной дезорганизации соединительной ткани.</p>		
5.	<p>Женщина 35 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения, не связанные с менструальным циклом. Полтора месяца назад было проведено выскабливание полости матки после самопроизвольного аборта в сроке 25 недель. В соскобе обнаружены остатки плацентарной ткани и элементы плодного яйца. В стационаре проведена противовоспалительная терапия. Женщина выписана из клиники на 7-е сутки. Через 6 недель появились кровянистые выделения из полости матки, которые послужили причиной обращения в женскую консультацию.</p> <p>При повторном поступлении в клинику женщине проведено диагностическое выскабливание. Получен соскоб темно-багрового цвета, губчатого строения. Гистологически среди сгустков крови определялись пласты синцитиальных</p>	<p>1) хориокарцинома 2) злокачественная органоспецифическая опухоль из эпителия 3) трансформация ворсин хориона на фоне неполного выскабливания полости матки 4) метастазы в легких, головном мозге 5) тканевая эмболия</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>

	<p>клеток и цитотрофобласта с признаками клеточного полиморфизма и пролиферации.</p> <p>1. Назовите заболевание, диагностированное патоморфологом.</p> <p>2. Классифицируйте заболевание в соответствии с международной гистологической классификацией.</p> <p>3. Укажите основные причины развития данного заболевания.</p> <p>4. Назовите возможные осложнения.</p> <p>5. Объясните механизм развития осложнений.</p>		
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Эмболия: определение, виды, причины, морфологическая характеристика. Ортоградная, ретроградная и парадоксальная эмболии. Тромбоэмболия: причины развития, клиническое значение. Тромбоэмболия легочной артерии, острое легочное сердце. Тромбоэмболический синдром: клиничко-морфологическая характеристика.</p>	<p><i>Эмболия</i> (от греч. <i>em-ballein</i> - бросать внутрь) - циркуляция в крови (или лимфе) не встречающихся в нормальных условиях частиц и закупорка ими сосудов. Сами частицы называются <i>эмболами</i>. Эмболы чаще</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-</p>

		<p>перемещаются по току крови по трем направлениям: 1) из венозной системы большого круга кровообращения и правого сердца в сосуды малого круга кровообращения. Если эмболы имеются, например, в системе нижней или верхней полой вены, то они попадают в легкие; 2) из левой половины сердца, аорты и крупных артерий, а также (редко) из легочных вен в артерии сердца, мозга, почек, селезенки, кишечника, конечностей и т.д.; 3) из ветвей портальной системы в воротную вену печени. Однако реже эмбол в силу</p>	<p>6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	---	---

		<p>своей тяжести может двигаться <i>против тока крови</i>, например, через нижнюю полую вену опускаться в почечную, печеночную или даже в бедренную вену. Такую эмболию называют <i>ретроградной</i>. При наличии дефектов в межпредсердной или межжелудочковой перегородке возникает <i>парадоксальная эмболия</i>: эмбол из вен большого круга, минуя легкие, попадает в артерии. К парадоксальным эмболиям можно отнести микроэмболию сосудов через артериовенозные анастомозы.</p>	
--	--	--	--

		<p>Механизм развития. Его нельзя свести лишь к механическому закрытию просвета сосуда. В развитии эмболии огромное значение имеет <i>рефлекторный спазм</i> как основной сосудистой магистрали, так и ее коллатералей, что вызывает тяжелые дисциркуляторные нарушения. Спазм артерий может распространяться на сосуды парного или какого-либо другого органа (например, реноренальный рефлекс при эмболии сосудов одной из почек, пульмокоронарный рефлекс при</p>	
--	--	--	--

		<p>тромбоэмболии легочной артерии).</p> <p>В зависимости от <i>природы</i> эмболов, которые могут быть единичными или множественными, различают следующие виды эмболии: тромбоэмболию, жировую, воздушную, газовую, тканевую (клеточную), микробную, эмболию инородными телами.</p> <p><i>Тромбоэмболия</i> - наиболее частый вид эмболии (см. рис. 61). Возникает она при отрыве тромба или его части, причем размеры тромбоэмболов могут быть разными - от определяемых только под микроскопом до</p>	
--	--	---	--

		<p>длинной в несколько сантиметров.</p> <p>Если эмболами становятся тромбы вен большого круга кровообращения или камер правой половины сердца, то они попадают в разветвления легочной артерии.</p> <p>Возникает <i>тромбоэмболия системы легочной артерии</i> (см. рис. 61).</p> <p>При тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии обычно развивается <i>геморрагический инфаркт легкого</i>, а при тромбоэмболии крупных ветвей наступает <i>внезапная смерть</i>. Иногда <i>внезапная смерть</i></p>	
--	--	--	--

		<p>наступает в тех случаях, когда тромбоэмбол обнаруживается в месте разветвления основного ствола легочной артерии. В генезе смерти при тромбоэмболии легочной артерии придается значение не столько механическому фактору закрытия просвета сосуда, сколько пульмокоронарному рефлексу. При этом наблюдается спазм бронхиального дерева, ветвей легочной артерии и венечных артерий сердца.</p> <p>Источником <i>тромбоэмболии большого круга кровообращения</i> служат, как уже говорилось,</p>	
--	--	--	--

	<p>тромбы, возникающие на створках клапанов левого сердца, тромбы, расположенные между трабекулярными мышцами левого желудочка, в ушке левого предсердия или в аневризме сердца, в аорте и других артериях. В этих случаях развивается <i>тромбоэмболический синдром</i> с инфарктами во многих органах.</p> <p>О <i>жировой эмболии</i> говорят в тех случаях, когда источником ее являются капли жиров. Как правило, это жиры тела. Попадающие в вены жировые капли</p>	
--	---	--

		<p>облитерируют капилляры легких или же, минуя легкие, через артериовенозные анастомозы поступают в капилляры клубочков почек, головного мозга и других органов. Макроскопически органы при жировой эмболии не изменяются, жировые эмболы обнаруживаются в капиллярах только при микроскопическом исследовании срезов, специально окрашенных на жиры (судан III или IV, осмиевая кислота и др.).</p> <p>Жировая эмболия развивается обычно при травматическом размождении</p>	
--	--	---	--

		<p>подкожной клетчатки, костного мозга (при переломе или огнестрельном ранении длинных трубчатых костей). Редко она возникает при введении больному лекарств или контрастных веществ, приготовленных на масле. Очень часто, например при переломе длинных трубчатых костей, жировая эмболия клинически не проявляется, так как в легких жир эмульгируется, омыляется и рассасывается липофагами (изредка при этом возникает пневмония). Жировая эмболия становится опасной, если</p>	<p>2/3</p>
--	--	--	------------

		<p>легочных капилляров. Тогда развивается острая легочная недостаточность и остановка сердца.</p> <p>Смертельный исход может наступить и при жировой эмболии капилляров мозга, что ведет к появлению многочисленных точечных кровоизлияний в мозговой ткани.</p> <p><i>Воздушная эмболия</i> возникает при попадании в кровоток воздуха. Это редкий вид эмболии, который встречается при ранении вен шеи, чему способствует отрицательное давление в них; при зиянии вен внутренней</p>	
--	--	---	--

		<p>поверхности матки после родов; при повреждении склерозированного легкого, вены которого не спадаются; при наложении плевмоторакса; при операциях на открытом сердце; при случайном введении воздуха в вену вместе с лекарственными веществами. Попавшие в кровь пузырьки воздуха вызывают эмболию сосудов малого круга кровообращения, наступает внезапная смерть. При этом воздух накапливается в полости правого сердца и растягивает его.</p>	
--	--	---	--

		<p>Для диагностики воздушной эмболии на вскрытии нужно проколоть правое сердце, не вынимая его и предварительно заполнив полость сердечной сорочки водой. Воздушная эмболия распознается по выделению воздуха через отверстие на месте прокола; кровь в полости сердца, особенно правого, имеет пенистый вид, вены содержат пузырьки воздуха.</p> <p><i>Газовая эмболия</i>, т.е. закупорка сосудов пузырьками газа, встречается у рабочих, занятых на кессонных работах, водолазов в случаях быстрого перехода от высокого</p>	
--	--	---	--

		<p>атмосферного давления к нормальному, т.е. при быстрой декомпрессии. Известно, что с повышением атмосферного давления в крови происходит накопление и растворение большого количества азота, который переходит в ткани. При быстрой декомпрессии высвобождающийся из тканей азот не успевает выделиться легкими и накапливается в виде пузырьков газа в крови. Газовые эмболы закупоривают капилляры головного и спинного мозга, печени, почек и других органов, что сопровождается появлением в них</p>	
--	--	--	--

		<p>очагов ишемии и некроза (особенно часты очаги размягчения в головном и спинном мозге), развитием множественных кровоизлияний и тромбов. Эти изменения характерны для <i>кессонной болезни</i>. Близки к кессонной болезни изменения, которые встречаются у летчиков при скоростных подъемах и спусках. Иногда газовая эмболия возникает как осложнение <i>газовой (анаэробной) гангрены</i>.</p> <p><i>Тканевая (клеточная) эмболия</i> возможна при разрушении тканей в связи с травмой или патологическим</p>	
--	--	--	--

		<p>процессом, ведущим к поступлению кусочков тканей (клеток) в кровь. Эмболами могут быть опухолевая ткань или комплексы клеток опухоли при ее распаде, кусочки клапанов сердца при язвенном эндокардите, ткань головного мозга при травме головы. Эмболия тканью головного мозга сосудов малого и большого круга кровообращения возможна и у новорожденных при родовой травме. К тканевой относят также эмболию амниотической жидкостью у рожениц. Чаще тканевая (клеточная)</p>	
--	--	---	--

		<p>эмболия наблюдается в сосудах большого круга, реже - в сосудах малого круга кровообращения.</p> <p>Особую категорию тканевой эмболии составляет эмболия клетками злокачествен-</p> <p>ной опухоли, так как она лежит в основе гематогенного метастазирования опухоли. <i>Метастазированием</i> (от греч. <i>metastasis</i>-перемещение) называют перенос кровью эмболов, содержащих элементы, которые способны расти и развиваться на месте переноса. Очаг, образующийся в</p>	
--	--	---	--

		<p>результате такого переноса, называют <i>метастазом</i>.</p> <p><i>Микробная эмболия</i> возникает в тех случаях, когда циркулирующие в крови микробы обтурируют просвет капилляров. Это могут быть комочки склеившихся бактерий или грибов, животные паразиты, простейшие. Нередко бактериальные эмболы образуются при гнойном расплавлении тромба. На месте закупорки сосуда бактериальными эмболами образуются метастатические гнойники: при эмболии сосудов малого круга - в легких, при эмболии сосудов большого</p>	
--	--	---	--

		<p>круга - в почках, селезенке, сердце и других органах.</p> <p><i>Эмболия инородными телами</i> наблюдается при попадании в просвет крупных сосудов осколков снарядов и мин, пуль и других тел. Вследствие того, что масса таких инородных тел высокая, они проходят небольшие отрезки кровеносного русла, например из верхней полой вены в правые отделы сердца. «Тяжелые эмболы» по понятным причинам могут давать и ретроградную эмболию, т.е. спускаются против тока крови, например из верхней или нижней</p>	
--	--	---	--

		<p> полый вены в нижележащие венозные стволы. К эмболии инородными телами относят эмболию известью и кристаллами холестерина атеросклеротических бляшек, выкрашивающихся в просвет сосуда при их изъязвлении. </p> <p> Значение. Эмболии осложняют многие заболевания. Лишь газовая эмболия является сущностью и проявлением самостоятельного заболевания - кессонной болезни. Однако значение эмболии как осложнения неоднозначно и </p>	
--	--	--	--

		<p>определяется видом эмбола, распространенностью эмболии и их локализацией. Огромное клиническое значение имеют тромбоэмболические осложнения и прежде всего тромбоэмболия легочной артерии, ведущая к внезапной смерти. Тромбоэмболия артерий большого круга является частой причиной развития инфаркта головного мозга, почек, селезенки, гангрены кишечника, конечностей. Нередко в таких случаях возникает тромбоэмболический синдром, плохо поддающийся лечению.</p>	
--	--	--	--

		<p>Не меньшее значение для клиники имеет бактериальная эмболия как механизм распространения гнойной инфекции и одно из наиболее ярких проявлений сепсиса. То же следует сказать и об эмболии клетками злокачественных опухолей как основе их метастазирования.</p> <p>Значение воздушной и жировой эмболии невелико, но в ряде случаев они могут стать причиной смертельного исхода.</p> <p><i>О тромбоэмболическом синдроме</i> говорят в тех случаях, когда тромб или часть его отрывается, превращается в тромбоэмбол</p>	
--	--	--	--

		<p>(см. <i>Эмболия</i>), циркулирует в крови по большому кругу кровообращения и, обтурируя просвет артерий, вызывает развитие множественных инфарктов. Нередко тромбоэмболия сменяется <i>эмболотромбозом</i>, т.е. наслоением тромба на тромбоэмбол. Источником тромбоэмболии чаще бывают тромбы на створках митрального или аортального клапанов (бактериальный или ревматический эндокардит), межтрабекулярные тромбы левого желудочка и ушка</p>	
--	--	--	--

		<p>левого предсердия, тромбы, аневризмы сердца (ишемическая болезнь, пороки сердца), аорты и крупных артерий (атеросклероз). Множественные тромбоэмболии в таких случаях ведут к развитию инфарктов в почках, селезенке, головном мозге, сердце и гангрене кишечника, конечностей. Тромбоэмболический синдром часто встречается при сердечно-сосудистых, онкологических, инфекционных (сепсис) заболеваниях, в послеоперационном периоде, при различных оперативных</p>	
--	--	---	--

		<p>вмешательствах.</p> <p>Вариантом тромбоэмболического синдрома можно считать и тромбоэмболию легочной артерии с развитием инфарктов легких</p>	
2.	<p>Миокардит. Определение понятия, этиология. Вирусные, микробные и паразитарные миокардиты. Пато- и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика, исходы, причины смерти. Заболевания миокарда, обусловленные токсическими (алкоголь, лекарства, катехоламины), метаболическими другими воздействиями.</p>	<p>Миокардит – воспаление миокарда, т. е. мышцы сердца.</p> <p>Миокардит – воспаление миокарда, постоянно наблюдающееся при ревматизме. Выделяют 3 его формы:</p> <p>1. узелковый</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС</p>

		<p>продуктивный (гранулематозный);</p> <p>2. диффузный межучочный экссудативный;</p> <p>3. очаговый межучочный экссудативный.</p> <p>Узелковый продуктивный (гранулематозный) миокардит характеризуется образованием в периваскулярной соединительной ткани миокарда ревматических гранул (специфический ревматический миокардит). Гранулемы, распознающиеся только</p>	<p>"Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	--

		<p>при микроскопическом исследовании, рассеяны по всему миокарду, наибольшее их число встречается в ушке левого предсердия, в межжелудочковой перегородке и задней стенке левого желудочка. Гранулемы находятся в различных фазах развития. «Цветущие («зрелые») гранулемы наблюдаются в период атаки ревматизма, «увядающие» или «рубцующиеся» – в период ремиссии. В исходе узелкового миокардита развивается периваскулярный склероз, который усиливается по мере прогрессирования</p>	
--	--	---	--

		<p>ревматизма и может приводить к выраженному кардиосклерозу.</p> <p>Диффузный межучочный экссудативный миокардит, описанный М. А Скворцовым, характеризуется отеком, полнокровием интерстиция миокарда и значительной инфильтрацией его лимфоцитами, гистиоцитами, нейтрофилами и эозинофилами.</p> <p>Ревматические гранулемы встречаются крайне редко, в связи с чем говорят о неспецифическом диффузном миокардите. Сердце становится очень</p>	
--	--	---	--

		<p>дряблым, полости его расширяются, сократительная способность миокарда в связи с развивающимися в нем дистрофическими изменениями резко нарушается. Эта форма ревматического миокардита встречается в детском возрасте и довольно быстро может заканчиваться декомпенсацией и гибелью больного. При благоприятном исходе в миокарде развивается диффузный кардиосклероз.</p> <p>Очаговый межучочный экссудативный миокардит характеризуется незначительной очаговой</p>	
--	--	---	--

		<p>инфильтрацией миокарда лимфоцитами, гистиоцитами и нейтрофилами. Гранулемы образуются редко. Эта форма миокардита наблюдается при латентном течении ревматизма.</p> <p>При всех формах миокардита встречаются очаги повреждения и некробиоза мышечных клеток сердца. Такие изменения сократительного миокарда могут быть причиной декомпенсации даже в случаях с минимальной активностью ревматического</p>	
--	--	--	--

		<p>процесса.</p> <p>Патологическая анатомия</p> <p>Сердце увеличено в размерах, дряблое, полости растянуты. Мышцы на разрезе пестрые, клапаны интактны. Выделяют 4 морфологические формы:</p> <p>1) дистрофический, или деструктивный, тип характеризуется гидропической дистрофией и лизисом кардиоцитов;</p> <p>2) воспалительно-инфильтративный тип представлен серозным отеком и инфильтрацией стромы</p>	
--	--	--	--

		<p>миокарда разнообразными клетками – нейтрофилами, лимфоцитами, макрофагами и др.; дистрофические изменения развиты умеренно;</p> <p>3) смешанный тип – это сочетание двух вышеописанных типов миокардита;</p> <p>4) сосудистый тип характеризуется преобладанием поражения сосудов васкулитами.</p> <p>В других органах отмечается застойное полнокровие, дистрофические изменения паренхиматозных</p>	
--	--	--	--

		элементов, тромбоэмболии сосудов, инфаркты и кровоизлияния в легких, головном мозге, почках, кишечнике, селезенке и т. д.	
3.	Диффузные интерстициальные заболевания легких. Классификация, клинико-морфологическая характеристика, патогенез. Альвеолит. Морфологическая характеристика, патогенез.	Среди них основное значение имеет фиброзирующий (фиброзный) альвеолит – гетерогенная группа болезней легких, характеризующаяся первичным воспалительным процессом в межальвеолярном легочном интерстиции – пневмонитом – с развитием двустороннего диффузного пневмофиброза. Классификация. Выделяют три нозологические формы фиброзирующего альвеолита:	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704- 6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1

		<p>1. идиопатический фиброзирующий альвеолит, острые формы которого называют болезнью Хаммена- Рича;</p> <p>2. экзогенный аллергический альвеолит;</p> <p>3. токсический фиброзирующий альвеолит.</p> <p>Фиброзирующий альвеолит, служащий проявлением других заболеваний, прежде всего системных заболеваний соединительной ткани (ревматических болезней) и вирусного хронического активного гепатита, называют синдромом Хаммена – Рича.</p> <p>Идиопатический фиброзирующий альвеолит составляет 40-60% всех диффузных фиброзов</p>	
--	--	---	--

		<p>легких. Преобладают его хронические формы; болезнь Хаммена – Рича встречается значительно реже. Экзогенный аллергический альвеолит широко распространен среди лиц, занятых в сельском хозяйстве («легкое фермера»), птицеводстве («легкое птице-вода») и животноводстве, а также текстильной и фармацевтической промышленности.</p> <p>Токсический фиброзирующий альвеолит участился у лиц, контактирующих с гербицидами, минеральными удобрениями, находящимися на лечении в онкологических и гематологических</p>	
--	--	--	--

		<p>стационарах. Причина возникновения идиопатического фиброзирующего альвеолита не установлена, предполагается вирусная его природа. Среди этиологических факторов экзогенного аллергического альвеолита велико значение ряда бактерий и грибов, пыли, содержащей антигены животного и растительного происхождения, медикаментозных препаратов. Основное значение в патогенезе фиброзирующего альвеолита имеют иммунопатологические процессы. Они представлены иммунокомплексным повреждением</p>	
--	--	--	--

		<p>капилляров межальвеолярных перегородок и стромы легких, к которому присоединяется клеточный иммунный цитоллиз.</p> <p>Патологическая анатомия.</p> <p>На основании изучения биоптатов легких установлены три стадии морфологических изменений легких при фиброзирующем альвеолите (пневмоните):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. альвеолит (диффузный, или гранулематозный); 2. дезорганизация альвеолярных структур и пневмофиброз; 3. формирование сотового легкого. <p>В стадию альвеолита, которая может существовать длительное время,</p>	
--	--	--	--

		<p>происходит нарастающая диффузная инфильтрация интерстиция альвеол, альвеолярных ходов, стенок респираторных и терминальных бронхиол нейтрофилами, лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками. В таких случаях говорят о диффузном альвеолите. Нередко процесс принимает не диффузный, а очаговый гранулематозный характер. Образуются макрофагальные гранулемы как в интерстиции, как и в стенке сосудов. Тогда говорят о гранулематозной альвеолите. Клеточная инфильтрация ведет к</p>	
--	--	---	--

		<p>утолщению альвеолярного интерстиция, сдавлению капилляров, гипоксии.</p> <p>Стадия дезорганизации альвеолярных структур и пневмофиброза, как следует из ее названия, характеризуется глубоким повреждением альвеолярных структур – разрушением эндотелиальных и эпителиальных мембран, эластических волокон, а также усилением клеточной инфильтрации альвеолярного интерстиция, которая распространяется за его пределы и поражает сосуды и периваскулярную ткань. В интерстиции альвеол усиливается образование коллагеновых волокон,</p>	
--	--	--	--

		<p>развивается диффузный пневмофиброз. В стадии формирования сотового легкого развиваются альвеолярно-капиллярный блок и панацинарная эмфизема, бронхиолэктазы, на месте альвеол появляются кисты с фиброзно-измененными стенками. Как правило, развивается гипертензия в малом круге кровообращения. Гипертрофия правого сердца, которая появляется еще во второй стадии, усиливается, в финале развивается сердечно-легочная недостаточность</p>	
4.	Гепатит: определение, классификация. Острый вирусный	Гепатит — это воспаление печени. По	Струков, А. И. Патологическая

	<p>гепатит. Эпидемиология, этиология, пути передачи инфекции, пато- и морфогенез, клинико-морфологические формы, морфологическая характеристика, вирусные маркеры, исходы</p>	<p>этиологии различают первичный и вторичный гепатиты. По течению — острый и хронический гепатит. Первичный гепатит развивается вследствие гепатотропного вируса, приема алкоголя или лекарств. Вторичный гепатит является следствием другой болезни, например инфекции (желтая лихорадка, брюшной тиф, дизентерия, малярия, сепсис, туберкулез), интоксикации (тиреотоксикоз, гепатотоксичные яды), поражения желудочно-кишечного тракта, системных заболеваний соединительной ткани</p>	<p>анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
--	---	---	--

		<p>и т. д.</p> <p>Вирусный гепатит – вирусное заболевание, характеризующееся преимущественно поражением печени и пищеварительного тракта. Болезнь названа именем С. П. Боткина (болезнь Боткина), который в 1888 г. впервые выдвинул научно обоснованную концепцию в отношении ее этиологии и патогенеза (инфекционная желтуха).</p> <p><u>Морфологические признаки вирусного гепатита (маркеры):</u></p> <p><u>достоверные:</u></p> <p>HBs-Ag и HBe-Ag;</p> <p>вирус гепатита или его частицы;</p>	
--	--	---	--

		<p><u>недостоверные:</u></p> <p>гидропическая и баллонная дистрофия гепатоцитов;</p> <p>ступенчатые, мостовидные некрозы;</p> <p>тельца Каунсильмена;</p> <p>матово-стекловидные гепатоциты;</p> <p>инфильтрация портальной и дольковой стромы преимущественно лимфоцитами, макрофагами с незначительной примесью ПЯЛ;</p> <p>пролиферация звездчатых ретикулоэндотелиоцито в; гепатоциты окрашенные орсеином.</p> <p>Возбудителями гепатита являются</p>	
--	--	--	--

		<p>вирусы А (HAV), В (HBV) и дельта (HDV). HAV-РНК-содержащий вирус гепатита А – вызывает вирусный гепатит А. Путь передачи инфекции фекально-оральный от больного человека или вирусоносителя (инфекционный гепатит). Инкубационный период составляет 15-45 дней. Для этого типа гепатита характерны эпидемические вспышки (эпидемический гепатит). Течение гепатита А, как правило, острое, поэтому он не ведет к развитию цирроза печени.</p> <p>HBV вызывает</p>	
--	--	--	--

		<p>вирусный гепатит В, для которого характерен чрескожный механизм передачи: переливание крови, инъекции, татуировка (сывороточный гепатит). Источником инфекции служит больной человек или вирусоноситель. Инкубационный период продолжается 25-180 дней (гепатит с длительным инкубационным периодом). Вирусный гепатит В, который может быть как острым, так хроническим, широко распространен во всех странах мира, причем отмечается тенденция к его учащению.</p> <p>Вирусный гепатит</p>	
--	--	--	--

		<p>В</p> <p>В настоящее время принята вирусно-иммуногенетическая теория патогенеза вирусного гепатита типа В, согласно которой разнообразие его форм связывают с особенностями иммунного ответа на внедрение вируса. Считают, что вслед за первичной репродукцией вируса в регионарных лимфатических узлах (регионарный лимфаденит) наступает вирусемия, причем вирус переносится эритроцитами, что ведет к их повреждению, появлению антиэритроцитарных</p>	
--	--	---	--

		<p>антител. Вирусемия обуславливает генерализованную реакцию лимфоцитарной и макрофагальной систем (лимфаденопатия, гиперплазия селезенки, аллергические реакции). Гепатотропность вируса позволяет объяснить избирательную его локализацию в гепатоцитах. Однако непосредственным цитопатическим действием вирус гепатита В не обладает. Повреждение гепатоцитов обусловлено иммунным цитолизом (реакция эффекторных клеток иммунной</p>	
--	--	---	--

		<p>системы на антигены вируса), который поддерживается возникающей аутоиммунизацией.</p> <p>При острой циклической (желтушной) форме вирусного гепатита морфологические изменения зависят от стадии заболевания (стадии разгара и выздоровления).</p> <p>В стадию разгара заболевания (1-2-я неделя желтушного периода) печень (данные лапароскопии) становится увеличенноп. плотной и красной, капсула ее напряжена (большая красная печень). При микроскопическом исследовании</p>	
--	--	--	--

		<p>(биоптаты печени) отмечают нарушение балочного строения печени и выраженный полиморфизм гепатоцитов (встречаются двоядерные и многоядерные клетки), часто в клетках видны фигуры митоза.</p> <p>Портальная и внутридольковая строма диффузно инфильтрирована лимфоцитами и макрофагами с примесью плазматических клеток, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов. Число звездчатых ретикулоэндотелиоцитов в значительно увеличено. Клетки</p>	
--	--	---	--

		<p>инфильтрата выходят из портальной стромы в паренхиму дольки и разрушают гепатоциты пограничной пластинки, что ведет к появлению перипортальных. ступенчатых некрозов. В различных отделах долек много переполненных желчью капилляров.</p> <p>В стадию выздоровления (4-5-я неделя заболевания) печень приобретает нормальные размеры, гиперемия ее уменьшается; капсула несколько утолщена, тусклая, между капсулой и брюшиной встречаются небольшие спайки.</p> <p>При микроскопическом</p>	
--	--	--	--

		<p>исследовании находят восстановление балочного строения долек, уменьшение степени некротических и дистрофических изменений. Выражена регенерация гепатоцитов, много двуядерных клеток во всех отделах долек. Лимфомакрофагальный инфильтрат в портальных трактах и внутри долек становится очаговым. На месте сливных некрозов гепатоцитов находят огрубение ретикулярной стромы и разрастание коллагеновых волокон. Пучки коллагеновых волокон обнаруживают также в перисинусоидальных</p>	
--	--	---	--

		<p>пространства.</p> <p>При острой циклической форме гепатита частицы вируса и антигены обычно не находят в ткани печени. Лишь при затянувшемся течении гепатита в единичных гепатоцитах и макрофагах иногда обнаруживают HBsAg.</p> <p>При безжелтушной форме гепатита изменения печени по сравнению с острой циклической формой выражены меньше, хотя при лапароскопии находят картину большой красной печени (возможно поражение лишь одной доли).</p> <p><i>HA Ag</i> определяется в кале, моче,</p>	
--	--	--	--

		<p>дуоденальном содержимом, редко в крови больных в конце инкубационного периода, остром преджелтушном, раннем желтушном периодах в течение 3—4 недель.</p> <p><i>анти-HAV (IgM и IgG)</i> Антитела к вирусу гепатита А класса IgM появляются в остром периоде через 2 недели заболевания и постепенно их титр снижается к 7—8-й неделе. Одновременно появляются антитела класса <i>IgG</i>.</p> <p>2. Генатум В (HBV. Hepatitis. B virus)</p> <p><i>HBsAg</i> Поверхностный антиген гепатита В. Появляется в сыворотке крови через 2—8 недели после</p>	
--	--	---	--

		<p>заражения и исчезает в среднем через 4 месяца после начала острой инфекции. Наличие HBsAg при хроническом гепатите и циррозе печени свидетельствует об инфицированности HBV.</p> <p><i>анти-HBs</i> Антитела к поверхностному антигену гепатита В. Появляются к концу острого гепатита В, чаще через 3 мес от начала инфекции. Сохраняются в среднем около 10 лет. Анти-HBs свидетельствуют о приобретенном иммунитете.</p> <p><i>HBcorAg</i> Ядерный антиген гепатита В. В момент инфекции появляется в ткани печени, в свободной форме в сыворотке крови не определяется. Является маркером</p>	
--	--	--	--

		<p>репликации HBV в гепатоцитах.</p> <p><i>анти-HBcor</i> Антитела к ядерному антигену. Самый чувствительный маркер острого вирусного гепатита В (ОВГ) и ХВГ. Анти-HBcor класса IgM характерны для ОВГ, сохраняются в течение года. Анти-HBcor класса IgG могут определяться в течение нескольких лет после острой инфекции. Исчезновение анти-HBcor класса IgM при ОВГ и ХВГ является маркером освобождения организма от вируса гепатита В. Наличие в крови анти-HBcor IgM при ХВГ является маркером репликации HBV.</p> <p><i>HBsAg</i> Антиген е гепатита В. Обнаруживается в</p>	
--	--	--	--

		<p>сыворотке крови больных ОВГ и ХВГ, свидетельствует репликации вируса, инфицированности больного. Наличие этого маркера является показанием к назначению противовирусных препаратов (интерферона-а).</p> <p><i>анти-НВс</i> Антитела к антигену е гепатита В указывают на выведение вируса из организма, инфицирование больного незначительное.</p> <p><i>НВV-ДНК</i> ДНК вируса гепатита В. Прямое выявление НВV.</p> <p><i>DNA-p</i> ДНК-полимераза указывает на репликацию вируса.</p> <p><i>HDV</i> Вирус гепатита D (дельта-вирус) обычно сопутствует гепатиту В</p>	
--	--	---	--

		<p>(вирус-спутник), способствует переходу заболевания в хроническую форму, определяется в крови через 3 недели после заражения.</p> <p><i>анти-HDV</i> Антитела к вирусу гепатита D свидетельствуют о дельта-инфекции, являются более надежным маркером инфекции. Анти-HDV класса IgM обнаруживаются в острой стадии дельта-инфекции или периоде реконвалесценции.</p> <p>3. Гепатит С (HCV, Hepatitis C virus)</p> <p><i>HC Ag</i> Антиген гепатита С невозможно определить в сыворотке крови из-за низкой концентрации.</p> <p><i>анти-HCV (total)</i> Антитела к различным белкам</p>	
--	--	---	--

		<p>вируса гепатита С. Свидетельствуют о возможной инфицированности HCV или перенесенной инфекции.</p> <p><i>HCV-RНК</i> РНК вируса гепатита С — указывает на репликацию. Прямое выявление HCV.</p> <p><i>анти-HCV IgM</i> указывают на текущую инфекцию.</p>	
5.	<p>Лейомиома. Характеристика, классификация. Лейомиосаркома. Клинико-морфологическая характеристика, прогноз.</p>	<p>Лейомиома - зрелая, доброкачественная опухоль из гладких мышц. Возникает в любом возрасте и у мужчин, и у женщин.</p> <p>Локализуется лейомиома в коже (из мышц, поднимающих волосы, из стенки сосудов), в матке, в мышечной оболочке</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. -</p>

		<p>желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Макроскопически опухоль представляет собой четко отграниченный узел плотной консистенции, волокнистый на разрезе. Размеры опухоли очень переменные, иногда лейомиома может достигать величины 30 см и более. Нередко лейомиомы бывают множественными или изолированными, или формировать конгломерат узлов.</p> <p>Микроскопически лейомиома образована из опухолевых клеток веретенообразной формы, формирующих пучки, идущие в различных</p>	<p>URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	---

		<p>направлениях. При специальных методах исследования в цитоплазме выявляются миофибриллы. Иногда ядра в миоме образуют ритмичные структуры, так называемые палисадные структуры, которые служат показателем роста опухоли. Чем больше в соединительной ткани, тем медленнее она растет. При обилии сосудов опухоль называют ангиолейомиома. По форме клеток выделяют эпителиоидную лейомиому.</p> <p>Все варианты лейомиом протекают доброкачественно.</p>	
--	--	---	--

		<p>Наибольшее клиническое значение имеют фибромиомы матки. Лейомиомы матки часто возникают у женщин в возрасте 30-50 лет. По гистологической картине они имеют чаще строение фибромиомы.</p> <p>Лейомиосаркома (злокачественная лейомиома) - незрелая злокачественная опухоль из гладкой мускулатуры. Локализуется чаще в желудочно-кишечном тракте, преимущественно в толстой кишке, затем забрюшинно, в мягких тканях конечностей, в матке.</p> <p>Макроскопически</p>	
--	--	--	--

		<p>чаще имеет форму узла, который может достигать в диаметре более 30 см. Инфильтрирующий рост не всегда очевиден.</p> <p>Микроскопически имеется два варианта лейомиосарком - высоко- и низкодифференцированные.</p> <p>Высокодифференцированные очень трудно отличать микроскопически от лейомиом. Наиболее важным дифференциальным признаком является наличие множества атипичных митозов. Низкодифференцированные лейомиосаркомы характеризуются</p>	
--	--	---	--

		<p>резкой катаплазией опухолевых клеток, появлением гигантских клеток, значительно выраженным полиморфизмом. Для дифференциальной диагностики используют электронную микроскопию с целью выявления миофибрилл, а также иммуноморфологические методики с использованием специфических моноклональных антител.</p> <p>Лейомиосаркомы рано и широко метастазируют преимущественно гематогенным путем, давая множественные метастазы в печень,</p>	
--	--	--	--

		легкие, нередко - в головной мозг. Иногда метастазы могут в клинике проявляться раньше, чем основная опухоль. Особенно при ее локализации забрюшинно и в толстой кишке.	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	3 - диагностировать причины, патогенез и морфогенез болезней, их проявления, осложнения и исходы, а также патоморфоз, а в случае смерти — причину смерти и механизм умирания (танатогенез);

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>АНТИТЕЛА ВЫРАБАТЫВАЮТ</p> <p>1) эритроциты 2) нейтрофилы 3) В-лимфоциты 4) Т-лимфоциты 5) плазматические клетки</p>	5) плазматические клетки	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ АТЕРОСКЛЕРОЗ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ ОТДЕЛ АОРТЫ</p> <p>1) брюшной 2) надклапанный 3) восходящую часть 4) нисходящую часть 5) в месте отхождения артерий головы и шеи</p>	1) брюшной	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-</p>

			библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ВИДЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН 1) первичное натяжение 2) вторичное натяжение 3) гипертрофические разрастания 4) замещение одного вида ткани другим	1) первичное натяжение 2) вторичное натяжение	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	МЕХАНИЧЕСКУЮ ЗАЩИТУ ОБЕСПЕЧИВАЮТ 1) кожа 2) кровь 3) эндотелий сосудов 4) периферические нервы 5) слизистая оболочка желудка	1) кожа 5) слизистая оболочка желудка	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст:

			электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Для ранней стадии шока характерны</p> <p>2. Для прогрессирующей стадии шока характерны</p> <p>3. Для необратимой стадии шока характерны</p> <p>А. Повреждение эндотелия, мембран клеток</p> <p>Б. Начало метаболических и циркуляторных расстройств</p> <p>В. Снижение объема сердечного выброса</p> <p>Г. Пониженное кровенаполнение</p>	<p>1-ВД</p> <p>2-БГ</p> <p>3-АЕ</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

органов		
Д. Компенсированное снижение давления крови		
Е. Недостаточность кровообращения на уровне		

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<i>Пациент В. 46 лет госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1,5 ч. Из анамнеза: накануне в течение недели интенсивно работал, мало спал, больше обычного курил, пил чай и кофе. До настоящего заболевания считал себя здоровым человеком,</i>	1. Коронарная недостаточность, острый инфаркт миокарда. 2. Нарушение энергообеспечения кардиомиоцитов Повреждение мембран и ферментов кардиомиоцитов Дисбаланс ионов и жидкости Расстройства	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL:

	<p><i>занимался спортом.</i></p> <p><i>При осмотре: общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, акроцианоз. При аускультации — в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений — 28 в минуту, тоны сердца приглушены, ритм синусовый 100 ударов/мин, АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: подъём сегмента ST в I, AVL, V₁-V₆-отведениях, формирование патологического зубца Q. В анализе крови: лейкоциты $9,2 \times 10^9/\text{л}$, другие показатели в пределах нормы.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая форма патологии сердца у пациента? 2. Перечислите типовые механизмы повреждения миокарда. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения повреждения миокарда? 	<p>механизмов регуляции сердечной деятельности</p> <p>3. Необходимо определение в крови содержания макромолекул, находящихся в норме в кардиомиоцитах: МВ фракции КФК, тропонины Т, I.</p>	<p>https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	--	--	--

2.	<p>Пациент А., 57 лет, руководитель крупного предприятия, госпитализирован по результатам профилактического осмотра, в ходе которого выявлено: АД 170/100 мм рт.ст. (120/70 мм.рт.ст.), пульс 89 в мин ритмичный (60-80 в мин); объём циркулирующей крови на 20% больше нормального; расширение границ сердца влево, усиление верхушечного толчка; на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка; сужение артериол и повышенная извитость сосудистого рисунка глазного дна; дыхание - 21 в мин (16-18 в мин). Анализ крови: эритроциты $6,0 \times 10^{12}$ /л (4,5-5,3$\times 10^{12}$/л), гемоглобин 158 г/л (140-160г/л); лейкоциты 4×10^9/л (4-8$\times 10^9$/л); тромбоциты 330×10^9/л (180-320$\times 10^9$); гипернатриемия; уровень альдостерона в пределах нормы; гиперхолестеринемия. Пациент</p>	<p>1. У пациента артериальная гипертензия. 2. По инициальному звену механизма развития артериальных гипертензий выделяют общие и местные артериальные гипертензии. Общие (системные) артериальные гипертензии: - нейрогенные артериальные гипертензии, среди них различают центрогенные и рефлекторные (рефлексогенные); - эндокринные, развиваются вследствие эндокринопатий надпочечников, ЩЖ и т.д.; - гипоксические (метаболические),</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	<p>эмоционален, возбуждён; не курит.</p> <p>1. Какая форма патологии развилась у пациента?</p> <p>2. Какие виды артериальных гипертензий по инициальному звену механизма развития вы знаете?</p>	<p>выделяют ишемические, венозно-застойные и гипоксические (без первичного нарушения гемодинамики в органах и тканях);</p> <p>- гемические, развиваются вследствие увеличения объема или вязкости крови.</p>	
3.	<p>Больной 50 лет. Отметил увеличение группы лимфатических узлов на шее слева. Жалуется на слабость, потерю веса, кожный зуд, лихорадку. СОЭ — 40 мм/ч, в лейкоцитарной формуле отклонений нет. При изучении биоптата лимфатического узла среди лимфоидных элементов найдена пролиферация атипичных клеток, имеются гигантские многоядерные клетки, участки некроза и склероза. 1. О каком заболевании идет речь? 2. О каком варианте (стадии) заболевания следует думать на основании результатов гистологического исследования? 3. Какие клетки имеют диагностическое значение</p>	<p>1. Лимфогранулематоз</p> <p>2. Смешанно-клеточный вариант</p> <p>3. Малые и большие клетки Ходжкина, многоядерные клетки Березовского-Штернберга</p> <p>4. «Порфиновая» селезенка</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	при постановке диагноза? 4. Какой вид имеет селезенка при этом заболевании?		
4.	Больной обратился к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, боли и тяжесть в области сердца. В течение последних нескольких лет периодически отмечается повышение артериального давления. Заболевания, с которыми можно было бы связать артериальную гипертензию, не найдены. Поставлен диагноз гипертонической болезни. 1. О какой клинико-морфологической форме болезни идет речь? 2. О какой стадии болезни можно думать? 3. Какие морфологические изменения сердца можно предположить, какой отдел сердца преимущественно изменен? 4. Каковы изменения артериол в этой стадии?	1.Сердечная форма 2. Функциональная стадия 3.Гипертрофия сердца, левый желудочек 4. Гипертрофия мышечного слоя и эластических структур, спазм	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
5.	Женщина 45 лет обнаружила наличие опухолевого узла в левой молочной железе. Произведена секторальная резекция молочной железы, ткань прислана для срочного гистологического исследования. Макроскопически виден белесоватый узел с нечеткими	1. Узловатый рак. 2. Фиброзный рак (скирр). 3.В регионарных лимфатических узлах (передние грудные, подмышечные). 4.Мастопатия	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. —

<p>контурами, плотной консистенции. Среди разрастаний волокнистой соединительной ткани найдены мелкие гнездные скопления атипичных клеток эпителия. 1. Какая макроскопическая форма рака имеет место? 2. О каком гистологическом типе рака следует думать? 3. Где возможны первые метастазы опухоли? 4. Какое предраковое заболевание молочной железы могло иметь место в данном случае?</p>	<p>(дисплазия).</p>	<p>79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	---------------------	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Общая характеристика пептических (хронических) язв разных локализаций. Эпидемиология, этиология, Патогенез. Патологическая анатомия в период обострения и ремиссии. Осложнения, исходы. Хроническая язва желудка как предраковое состояние.</p>	<p>Язвенная болезнь – хроническое, циклически текущее заболевание, основным клиническим и морфологическим выражением которого является рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки. В зависимости от локализации язвы и</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL:</p>

		<p>особенностей патогенеза болезни различают язвенную болезнь с локализацией язвы в пилородуоденальной зоне или теле желудка, хотя существуют и сочетанные формы.</p> <p>Причины образования язв различны: инфекционный процесс, аллергические, токсические и стрессорные факторы, лекарственные и эндокринные факторы, а также послеоперационные осложнения (пептические язвы). Важно отметить наличие предрасполагающих факторов – это старческий возраст, мужской пол, первая группа крови и т. д. В</p>	<p>https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	--	---	--

		<p>ходе формирования язвы важную роль отводят эрозии, которая представляет собой дефект слизистой оболочки, не проникающий за пределы мышечного слоя. Эрозия образуется в результате некроза участка слизистой оболочки с последующим кровоизлиянием и отторжением мертвой ткани. На дне эрозии находится солянокислый гематин, а в ее краях – лейкоцитарный инфильтрат. Эрозия легко эпителизируется, но при развитии язвенной болезни некоторые эрозии не заживают, некрозу начинают подвергаться глубокие слои стенки желудка.</p> <p>Острая язва имеет</p>	
--	--	--	--

		<p>неправильную округлую или овальную форму и напоминает воронку. По мере очищения от некротических масс выявляется дно острой язвы, представленное мышечным слоем. Дно окрашено (за счет гематина) в грязно- серый или черный цвет. Хроническая язва имеет четкую овальную или круглую форму, размером от нескольких миллиметров до 5–6 см, проникает в стенку желудка на различную глубину, вплоть до серозного слоя. Дно язвы гладкое, иногда шероховатое, края валикообразно приподняты и плотные. Край язвы, обращенный к пищеводу, подрыв, и слизистая оболочка</p>	
--	--	---	--

		<p>нависает над ним, а противоположный край пологий.</p> <p>Различают период ремиссии и обострения.</p> <p>В период ремиссии в краях язвы рубцовая ткань, слизистая оболочка по краям утолщена и гиперемирована. В области дна разрушенный мышечный слой, замещающийся рубцовой тканью, в которой много сосудов с утолщенными стенками. Нервные волокна и ганглиозные клетки подвергаются дистрофическим изменениям и распаду.</p> <p>В период обострения в области дна и краев язвы появляется широкая зона фибриноидного некроза. На поверхности</p>	
--	--	--	--

		<p>некротических масс располагается фибринозно-гнойный или гнойный экссудат. Зону некроза ограничивает грануляционная ткань с большим числом тонкостенных сосудов и клеток, среди которых много эозинофилов. Ниже расположена грубоволокнистая рубцовая ткань. Осложнения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. язвенно-деструктивные (кровотечение, прободение, пенетрация); 2. воспалительные (гастрит, дуоденит, перигастрит, перидуоденит); 3. язвенно-рубцовые (сужение входного и выходного отделов желудка, деформация желудка, сужение 	
--	--	--	--

		<p>просвета двенадцатиперстной кишки, деформация ее луковицы);</p> <p>4. малигнизация язвы (развитие рака из язвы);</p> <p>5. комбинированные осложнения.</p>	
2.	<p>Холецистит. Определение. Острый и хронический холецистит. Этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика, осложнения, причины смерти.</p>	<p>Самым распространенным заболеванием является холецистит, который может быть острым и хроническим.</p> <p>Важнейшим предрасполагающим условием является застой желчи в желчном пузыре, например при аномалиях развития.</p> <p>Этиология: возбудители-кишечная палочка, стафило и стрептококки, анаэробная флора. Инфекция проникает в</p>	<p>Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

		<p>желчный пузырь гематогенным, лимфогенным и восходящим энтерогенным путём.</p> <p>При остром холецистите развивается катаральное, фибринозное или гнойное (флегмонозное) воспаление. Острый холецистит осложняется прободением стенки пузыря и желчным перитонитом, в случае закрытия пузырного протока и скопления гноя в полости – эмпиемой пузыря, гнойным холангитом и холангиолитом, перихолециститом с образованием спаек.</p>	
--	--	--	--

		<p>При хроническом холецистите воспаление развивается медленнее, протекает вяло.</p> <p>Хронический холецистит развивается как следствие острого, происходят атрофия слизистой оболочки, гистиолимфоцитарная инфильтрация, склероз, нередко петрификация стенки пузыря.</p> <p>Камни желчного пузыря являются причиной желчнокаменной болезни, калькулезного холецистита. Возможно прободение камнем стенки пузыря с развитием желчного перитонита. В тех случаях, когда камень из желчного пузыря</p>	
--	--	--	--

		спускается в печеночный или общий желчный проток и закрывает его просвет, развивается подпеченочная желтуха. В ряде случаев камень желчного пузыря не вызывает ни воспаления, ни приступов желчной колики и обнаруживается случайно на вскрытии.	
3.	Эндометрит острый и хронический. Этиология, клинимо-морфологическая характеристика. Эндометриоз. Морфологическая характеристика, теории возникновения, клинические проявления, клиническое значение.	<u>Эндометрит</u> может быть острым и хроническим. Острый эндометрит нередко возникает после родов или аборта и вызывается различными микроорганизмами	Патологическая анатомия: учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск: СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-

		<p>(стафилококки, стрептококки, анаэробные бактерии, кишечная палочка). Слизистая оболочка покрывается гнойным или гнилостным налетом серо-красного цвета. При переходе воспалительного процесса на сосуды миометрия развиваются гнойный метрит и тромбофлебит. При хроническом эндометрите наблюдается картина хронического катара слизистой оболочки матки со слизисто-гнойным или гнойным отделяемым, иногда очень обильным (бели – fluor albus). Слизистая оболочка полнокровна, инфильтрирована</p>	<p>библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	--	--	---

		<p>разнообразными клетками, среди которых преобладают лимфоидные, плазматические клетки, нейтрофилы. Эпителий желез в состоянии усиленной десквамации и пролиферации. При длительном течении эндометрита отмечаются атрофия желез, фиброз стромы слизистой оболочки, инфильтрация ее лимфоидными клетками – атрофический эндометрит. При сдавлении фиброзной тканью выводных протоков желез содержимое их сгущается, образуются кисты (кистозный эндометрит).</p>	
--	--	---	--

		<p>Если слизистая оболочка в результате хронического воспаления подвергается гиперплазии, говорят о гипертрофическом эндометрите, при этом дифференциальный диагноз его с железистой гиперплазией слизистой оболочки матки труден.</p> <p><u>Эндометриоз</u> — гормонозависимое заболевание, развивающееся на фоне нарушения иммунного гомеостаза, сущность которого заключается в разрастании ткани, сходной по своему строению и функции с эндометрием, но находящейся за</p>	
--	--	---	--

		<p>пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки.</p> <p>При наличии в организме больной нескольких очагов эндометриоза (внутреннего и наружного генитального, а также экстрагенитального) степень выраженности в них циклических превращений не всегда одинакова. Об этом свидетельствуют результаты сопоставления макроскопических и гистологических данных, полученных во время операций.</p>	
--	--	---	--

4.	<p>Болезни коркового вещества надпочечников. Гиперфункция коркового вещества надпочечников (гиперадренализм): синдром Кушинга, гиперальдостеронизм, адреногенитальные синдромы. Причины, патогенез, морфологическая характеристика надпочечников, клинические проявления, прогноз, принципы лечения.</p>	<p>Вирилизм — (лат. virilis — мужской, свойственный мужчине) — развитие мужских вторичных половых признаков, применительно к обоим полам. Мужские вторичные половые признаки: понижение и огрубление голоса, рост волос на лице и теле по мужскому тип</p> <p>Корковое вещество и мозговое вещество надпочечников имеют разное происхождение и продуцируют разные гормоны.</p> <p>Корковое вещество надпочечников происходит из мезодермальных клеток и имеет три зоны, в</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
----	--	--	--

		<p>которых вырабатываются стероидные гормоны. Внешняя зона (zona glomerulosa) продуцирует минералокортикоиды (альдостерон), промежуточная зона (zona fasciculata) — глюкокортикоиды (кортизол), внутренняя зона (zona reticularis) — андрогены и прогестины.</p> <p>Мозговое вещество, которое окружено корковым веществом, происходит из эктодермальных клеток нервного гребня. Хромаффинные клетки мозгового вещества продуцируют эпинефрин и другие катехоламины. Клетки,</p>	
--	--	--	--

		<p>подобные хромаффинным, встречаются и в других местах, например в параганглиях.</p> <p>Болезни с преимущественным поражением коркового вещества надпочечников.</p> <p><i>Гиперкортизолизм (синдром Кушинга)</i> в зависимости от механизма развития делят на две группы: АКТГ-зависимый и АКТГ-независимый.</p> <p>АКТГ-зависимый синдром Кушинга развивается при введении больших доз АКТГ или его синтетического аналога (ятро-генные причины) в связи с гиперсекрецией АКТГ гипофизом и развитием</p>	
--	--	--	--

		<p>двусторонней гиперплазии коркового вещества надпочечников (чаще называют болезнью Кушинга), а также при развитии злокачественных и доброкачественных опухолей, секретирующих АКТГ, вне эндокринной системы.</p> <p>Синдром Кушинга развивается также при введении больших доз кортикостероидов (ятрогенные причины) и развитии аденомы или аденокарциномы коркового вещества надпочечников.</p> <p>Характерны ведущие клинические проявления: ожирение по верхнему типу (лицо и туловище), появление</p>	
--	--	--	--

		<p>стрий, развитие стероидного сахарного диабета, гипертензии, иммунологических изменений, сопровождающихся повышенной чувствительностью организма к инфекции, истончение кожи, остеопороз. При АКТГ-зависимых причинах развития синдрома Кушинга наблюдается двусторонняя гиперплазия коркового вещества надпочечников с расширением зона reticularis. В 10 % случаев синдром Кушинга развивается в связи с аденомами коркового вещества надпочечников. Эти опухоли чаще (80 %</p>	
--	--	---	--

		<p>случаев) встречаются у женщин. Карцинома вещества надпочечников также может быть причиной синдрома Кушинга (10% наблюдений у взрослых), чаще всего у детей.</p> <p>Злокачественность опухолей надпочечников невозможно определить с помощью обычных критериев — митотическая активность и характер роста по отношению к окружающим тканям. Обычно карциномы ведут себя как доброкачественные опухоли, поэтому основным критерием злокачественности является наличие метастазов.</p> <p>При наличии</p>	
--	--	---	--

		<p>функционирующей аденомы или карциномы контралатеральный надпочечник атрофируется. Вещества, подобные в функциональном и иммунологическом отношениях, могут секретироваться и неэндокринными опухольями, обычно мелкоклеточной карциномой легкого (до 60 % случаев). Большинство опухолей, вызывающих развитие эктопического АКТГ- синдрома, являются быстро растущими злокачественными опухольями.</p> <p><i>Гиперальдостерон изм (первичный альдостеронизм, синдром Конна)</i> обусловлен повреждением</p>	
--	--	--	--

		<p>надпочечника и развивается приблизительно в $1/3$ случаев гиперфункции его коркового вещества (коры). Увеличение продукции альдостерона вызывает задержку натрия, увеличение общего объема плазмы крови, повышение артериального давления и торможение секреции ренина.</p> <p>Большинство больных с первичным альдостеронизмом — женщины в возрасте 30—50 лет, страдающие гипертонией.</p> <p>При синдроме Конна чаще всего обнаруживается единичная доброкачественная</p>	
--	--	---	--

		<p>аденома надпочечника. Опухоль окружена капсулой, золотисто-желтая на разрезе. Преобладают светлые клетки с липидными включениями, похожие на клетки zona fasciculata.</p> <p>При <i>вторичном альдостеронизме</i> увеличение продукции альдостерона обусловлено экстраадреналовыми причинами, главным образом почечной гипертензией и отеками, и связано с гиперсекрецией ренина.</p> <p>Адреногенитальные синдромы. <i>Врожденная гиперплазия надпочечников</i> развивается</p>	В
--	--	--	---

		<p>результате гиперпродукции АКТГ и наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Сопровождается увеличением концентрации надпочечниковых андрогенов, приводящим к вирилизации. Обычно признаки заболевания можно обнаружить при рождении ребенка. Наблюдается гиперплазия коркового вещества надпочечников, клетки его эозинофильны, с нежно-зернистой цитоплазмой. У взрослых надпочечниковый вирилизм может быть обусловлен</p>	
--	--	--	--

		гиперплазией, аденомой или карциномой надпочечников.	
5.	Сахарный диабет. Определение, классификация. Этиология и патогенез инсулинзависимого сахарного диабета. Морфологическая характеристика сахарного диабета. Осложнения сахарного диабета: диабетическая ангиопатия, нефропатия, ретинопатия, невропатия. Патогенез, клиничко-морфологическая характеристика, прогноз. Причины смерти при сахарном диабете.	Характеризуется нечувствительностью клеток-мишеней к инсулину, что приводит к неадекватной секреции инсулина, изменениям сосудов (диабетическая ангиопатия) и нейропатии (диабетическая нейропатия) Различают два основных типа сахарного диабета: инсулинза-висимый и инсулиннезависимый. <i>Инсулинзависимый сахарный диабет</i> (ювенильный, тип I) составляет около 20 %	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

		<p>случаев сахарного диабета. Он часто начинается в возрасте 15 лет и характеризуется внезапным началом, похуданием, необходимостью инъекций инсулина для предотвращения кетоацидоза, трудностями в поддержании нормального уровня глюкозы в крови, более тесной, чем у сахарного диабета II типа, связью с антигенами гистосовместимости. Начало заболевания может быть спровоцировано вирусными инфекциями. В результате аутоиммунизации появляются антитела к</p>	
--	--	--	--

		<p>бета-клеткам поджелудочной железы.</p> <p><i>Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет взрослых, тип II) составляет 80 % случаев сахарного диабета. Больные нуждаются в лечении инсулином для компенсации симптомов заболевания, но не по жизненным показаниям. При этом типе сахарного диабета основной проблемой является доставка эндогенного инсулина или резистентность к нему, но не его синтез.</i></p> <p>Классическими симптомами сахарного диабета являются полиурия, полидипсия и полифагия с</p>	
--	--	---	--

		<p>парадоксальным снижением массы тела. При утрате контроля за уровнем глюкозы в крови может развиваться кетоацидоз.</p> <p>Основными висцеральными проявлениями сахарного диабета являются периферическая и автономная нейропатия (снижение чувствительности, импотенция, постуральная гипотензия, запор и диарея) и сосудистые изменения (диабетическая макро- и мик-роангиопатия). Диабетическая микроангиопатия проявляется поражением (плазморея,</p>	
--	--	--	--

		<p>гиалиноз) мелких артерий и капилляров мышц, кожи, сетчатки (ретинопатия), почек (гломерулонефрит, гломерулосклероз) и других органов. В панкреатических островках обнаруживаются гиалиноз, фиброз и лимфоидная инфильтрация микрососудов. Макроангиопатия представлена атеросклерозом с поражением венечных, мозговых, почечных артерий и артерий нижних конечностей.</p> <p>Осложнения сахарного диабета чаще представлены инфекционными заболеваниями и воспалительными процессами (тубер-</p>	
--	--	---	--

		кулез, кандидоз, пневмония, пиелонефрит и др.).	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	4 - использовать полученные знания о структурных изменениях при патологических процессах и болезнях при профессиональном общении с коллегами и пациентами.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СУХАЯ ГАНГРЕНА НОГИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНОГО 1) пневмонией	3) атеросклерозом	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное

	<p>2) панкреатитом 3) атеросклерозом 4) сахарным диабетом 5) гипертонической болезнью</p>		<p>руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704- 3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>ОБЫЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ 1) шок 2) асцит 3) анемия 4) желтуха</p>	3) анемия	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-</p>

			3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ШОКА 1) легочный 2) септический 3) психический 4) кардиогенный 5) гиповолемический 6) анафилактический	2) септический 4) кардиогенный 5) гиповолемический	Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
2.	ЧАЩЕ ВСЕГО ГУММА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В 1) желудке и кишечнике	2) головном мозге 4) печени	Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В.

	2) головном мозге 3) селезенке 4) печени 5) аорте		Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно- библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА 2. ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА А. Инсулит Б. Инсулинорезистентность	1-АВ 2-БГ	Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-

	<p>В. Первичная альтерация бета-клеток</p> <p>Г. Дисфункция бета-клеток</p>		<p>библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	---	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Пострадавший доставлен в больницу через 40 минут после огнестрельного ранения в брюшную полость. При поступлении: сознание спутанное, кожные покровы бледные, дыхание учащенное поверхностное, пульс частый слабый. Артериальное давление - 65/35 мм рт ст.</p> <p>Анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 1,01. В связи с признаками внутреннего кровотечения и гемоперитонеума пострадавшему проведена перевязка ветви артерии брыжейки. В анализе крови, сделанном на четвертый день пребывания пострадавшего в</p>	<p>1. Острая постгеморрагическая анемия.</p> <p>2. Рефлекторный, гидремический, регенераторный (костно-мозговой).</p> <p>3. В первые сутки (рефлекторный период): нормоцитемическая гиповолемия, Ht, число эритроцитов, уровень Hb в единице объема крови в пределах нормы. 4 сутки (регенераторный период): понижение содержания Hb, эритропения, снижение гематокрита, гипохромия</p>	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст :</p>

	<p>клинике: гемоглобин - 68 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 10%, артериальное давление - 115/70 мм.рт.ст.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое патологическое состояние развивается в организме вследствие массивной кровопотери? 2. Периоды данного патологического состояния. 3. Оцените изменения и сделайте заключения по результатам анализов крови на первый и четвертый день после ранения пациента. 4. Какими компенсаторными механизмами организм отвечает на острую кровопотерю? 5. Принципы лечения данной патологии. 	<p>эритроцитов, ретикулоцитоз.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Увеличение альвеолярной вентиляции легких, тахикардия, ускоренный выход эритроцитов из костного мозга, увеличение сопряжения реакций окисления и фосфорилирования и повышение активности ферментов дыхательной цепи, активация гликолиза. 5. Устранение кровотечения, переливание компонентов крови и коллоидных растворов. 	<p>электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>Мужчина, 22 года. Профессия – водитель – дальнобойщик. Обратился к терапевту с жалобами на боль в эпигастральной области малой интенсивности. Боль возникает через</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язвенная болезнь желудка, осложненная развитием стеноза привратника желудка (пилоростеноз). 2. В результате снижения 	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М.</p>

<p>30 минут после еды и проходит самостоятельно через 30 минут. Также беспокоит отрыжка с запахом тухлых яиц, рвота по утрам пищей, принятой за несколько дней до этого.</p> <p>Объективно: Кожные покровы относительно бледные. Вес стабильный, стул без особенностей. Температура в подмышечной впадине 36.9°C. При осмотре живота в подложечной области заметны перистальтические и антиперистальтические сокращения желудка. Определяется поздний шум плеска.</p> <p>Из анамнеза известно: Боль в области желудка беспокоит в течение 6 лет. Наблюдаются периоды обострений и ремиссий. Обострения бывают 2-3 раза в год, чаще в осенне-зимний период. На протяжении длительного времени к врачу не обращался.</p> <p>Больной имеет вредные привычки - курит в течение 2-х лет в среднем 1 пачку сигарет в день. В пище отдает предпочтение острым и копченым блюдам.</p> <p>Наследственность отягощена - мать страдает сахарным диабетом, дед по линии матери страдал язвой желудка.</p>	<p>защитной функции слизистой желудка под действием алиментарных факторов (острые и копченые блюда), нарушения кровоснабжения слизистой (курение и хронические стрессы с выбросом глюкокортикостероидов) происходит инфицирование <i>Helicobacter pylori</i>. Инфицирование просвета желудка приводит к стимуляции комплементзависимого воспаления и локальной стимуляции Т-лимфоцитов в стенке желудка. В целом, считается что инфицирование ведет к развитию гастрита, а гастрит уже выступает в качестве этиологического фактора язвенной болезни.</p> <p>Кроме того, вследствие воспаления и отека тканей вокруг язвенного дефекта наблюдается сильное сужение просвета привратника желудка, состояние больного еще в большей степени усугубляет пилороспазм. При</p>	<p>В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
---	---	---

	<p>При обследовании с помощью ФГДС была выявлена рубцующаяся язва в области привратника 0,4x2см, а также рядом рубец 0,6x1,5 см.</p> <p>Анализ крови: Hb 100г/л (N=130-160), эритроциты 4.0×10^{12} (N=$4.0 - 5.5 \times 10^{12}$), СОЭ 13 мм/ч (N=1-10мм\ч), ЦП 0.85 (N= 0.85-1.05). Содержание хлора 65 ммоль\л.(N=95-110 ммоль\л.)</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая патология ЖКТ Вами предполагается? 2. Каков патогенез данной патологии? 	<p>отсутствии надлежащего лечения язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки возникает опасность рубцевания, в результате которого сужается просвет привратника, что может привести к пилоростенозу.</p> <p>Незначительная степень сужения привратника проявляется рвотой съеденной пищей, тяжестью в верхней половине живота в течение нескольких часов после еды. По мере прогрессирования этого состояния происходит постоянная задержка части пищи в желудке и его перерастяжение, вследствие длительного застоя пищи развивается гнилостный процесс, рвотные массы приобретают неприятный тухлый запах, больные жалуются на плещущий звук в животе. Нарушение пищеварения со временем приводит к истощению больного.</p>	
--	--	--	--

3.	<p>Больному А., 52 лет, произведено удаление опухоли бедра. Во время рассечения спаек опухоли была повреждена бедренная артерия. На месте повреждения наложен сосудистый шов, пульсация артерии после наложения шва хорошая. Спустя сутки после операции появились сильные боли в оперированной конечности. Пульс на тыльной стороне стопы не пальпируется, движение пальцев отсутствует. Кожа приобрела бледный цвет. Холодная.</p> <p>1. О какой форме расстройства периферического кровообращения свидетельствует развившаяся у больного симптоматика?</p> <p>2. Перечислите проявления ишемии, какие из них имеют место у данного больного?</p> <p>3. Каковы возможные последствия ишемии и какие могут иметь место у больного А.?</p>	<p>1. У больного имеется типовая форма расстройства периферического кровообращения - ишемия.</p> <p>2. Проявления ишемии: побледнение участка ткани или органа, снижение пульсации артериальных сосудов. снижение температуры, изменения в сосудах микроциркуляции, снижение лимфообразования и лимфооттока. Проявлениями ишемии у данного больного являются: отсутствие пульса на тыльной стороне стопы, кожа бледного цвета, холодная на ощупь нога.</p> <p>3. Возможными последствиями ишемии являются: гипоксия, накопление в тканях избытка метаболитов, БАВ, снижение специфических и неспецифических функций ткани, органа, развитие дистрофий, гипотрофий, атрофий, развитие инфаркта</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.r</p>
----	--	---	--

		ткани. У данного больного возникло ишемическое поражение конечности с нарушением движений пальцев ног и болью в ноге.	osmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
4.	Больному К., 59 лет, для снятия болевого синдрома была сделана внутримышечная инъекция спазмалгона. Через 2 дня после инъекции появились покраснение и отек в верхненаружном квадранте левой ягодичной области. Температура 38,5° С. Назначены антибиотикотерапия в течение 5 дней и компрессы с мазью Вишневского местно. По завершении данного срока лечения температура нормализовалась, отек и покраснение в ягодичной области исчезли, однако осталось уплотнение размером 3x4 см без флюктуации. Проведенный курс физиотерапии (УВЧ-терапия) не изменил картину. Анализ крови без особенностей. При проведении УЗИ левой ягодичной области скопления жидкости не выявлено. Больной был выписан на работу. В течение последующего месяца у него наблюдались нарастающая слабость,	1. Местные признаки воспаления у больного: краснота, отек, боль, нарушение функций в участке ткани; общие – повышение температуры, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, расстройства жизнедеятельности у больного. 2. Виды экссудатов: серозный, фибринозный, катаральный, гнойный, гнилостный, геморрагический, смешанный. У больного предположительно гнойный тип экссудата.. 3. Внутримышечная инъекция (возможно с нарушением стерильности) на фоне вторичного иммунодефицита (возраст 59 лет) → воспаление в зоне инъекции→образование абсцесса, окруженного пиогенной мембраной→ прорыв абсцесса в область	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-

	<p>утомляемость. Уплотнение не рассасывалось. Внезапно больной почувствовал ухудшение состояния: озноб, резкую боль внизу живота, подъем температуры до 39° С. Он был госпитализирован. При поступлении: болезненность при пальпации в нижней части живота, положительный синдром Щеткина — Блюмберга, лейкоцитоз — $15 \cdot 10^9/\text{л}$ (норма $4\text{—}9 \cdot 10^9/\text{л}$); СОЭ 53 мм/ч (норма $2\text{—}10$ мм/ч).</p> <p>1. Какие местные и системные признаки воспаления были у больного на протяжении развития заболевания?</p> <p>2. Какие виды экссудатов в зависимости от качественного состава различают? Какой вид предполагаете у больного?</p> <p>3. Назовите причины и механизмы развития заболевания, его осложнения.</p> <p>4. Почему при УЗИ не выявлено наличие жидкости?</p>	<p>малого таза с развитием перитонита.</p> <p>4. Наличие плотной пиогенной мембраны.</p>	<p>3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
5.	<p>Больной И., 36 лет, после переохлаждения в течение недели ухудшилось общее состояние: температура тела поднялась до 39,0</p>	<p>1. У больного имеет место острое воспаление</p> <p>2. Признаками общего характера,</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая</p>

	<p>градусов С, появилась головная боль, дыхание через нос стало затрудненным. Слизистая оболочка носовых ходов резко гиперемирована и отечна. На R-грамме придаточных пазух носа: затемнение левой гайморовой пазухи. Со стороны крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ. Больному выставлен диагноз: острый гайморит.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой патологический процесс имеет место у больного? 2. Перечислите признаки общего и местного характера, свидетельствующие о развитии воспаления у данного больного? 	<p>свидетельствующего о развитии воспаления у данного больного, являются: лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Местными признаками воспаления являются гиперемия и отечность слизистой оболочки носа, нарушение носового дыхания.</p>	<p>анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.r-osmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	---	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Амилоидоз: строение, физико-химические свойства, методы диагностики амилоидоза, теории этиологии и патогенеза, принципы классификации. Системный амилоидоз (первичный, вторичный): морфологическая характеристика, клинические проявления. Локализованный и эндокринный амилоидоз. Амилоид старения: морфологическая характеристика, клинические проявления.</p>	<p><i>Амилоидоз</i> (от лат. <i>amylum</i> - крахмал), или <i>амилоидная дистрофия</i>, - стромально-сосудистый диспротеиноз, сопровождающийся глубоким нарушением белкового обмена, появлением аномального фибриллярного белка и образованием в межклеточной ткани и стенках сосудов сложного вещества - <i>амилоида</i>.</p> <p>Амилоид представляет собой гликопротеид, основным компонентом</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>

		<p>которого являются <i>фибрилярные белки</i> (F-компонент). Они образуют фибриллы, имеющие характерную ультрамикроскопическую структуру (рис. 33). Фибриллярные белки амилоида неоднородны. Выделяют 4 типа этих белков, характерных для определенных форм амилоидоза.</p> <p>Белки фибрилл амилоида можно идентифицировать с помощью специфических сывороток при иммуногистохимическом исследовании, а также ряде химических (реакции с перманганатом калия,</p>	
--	--	--	--

		<p>щелочным гуанидином) и физических (автоклавирование) реакций.</p> <p>Фибриллярные белки амилоида, которые продуцируют клетки - <i>амилоидобласты</i>, входят в сложные соединения с гликопротеидами плазмы крови. Этот <i>плазменный компонент</i> (Р-компонент) амилоида представлен палочковидными структурами («периодические палочки»).</p> <p>Фибриллярный и плазменный компоненты амилоида обладают антигенными свойствами. Фибриллы амилоида и</p>	
--	--	--	--

		<p>плазменный компонент вступают в соединения с хондроитинсульфатами ткани и к образующемуся комплексу присоединяются так называемые гематогенные добавки, среди которых основное значение имеют фибрин и иммунные комплексы. Связи белков и полисахаридов в амилоидном веществе чрезвычайно прочные, чем объясняется отсутствие эффекта при действии на амилоид различных ферментов организма. Характерным для амилоида является его красное окрашивание</p>	
--	--	---	--

		<p>конго красным</p> <p>Классификация амилоидоза учитывает следующие признаки:</p> <p>1) возможную причину; 2) специфику белка фибрилл амилоида; 3) распространенность амилоидоза; 4) своеобразие клинических проявлений в связи с преимущественным поражением определенных органов и систем.</p> <p>Руководствуясь <i>причиной</i>, выделяют первичный (идиопатический), наследственный (генетический, семейный), вторичный (приобретенный) и старческий амилоидоз.</p>	
--	--	--	--

		<p>Первичный, наследственный, старческий амилоидозы рассматривают в качестве нозологических форм. Вторичный амилоидоз, встречающийся при тех или иных заболеваниях, является осложнением этих заболеваний, «второй болезнью».</p> <p>При <i>старческом амилоидозе</i> типичны поражения сердца, артерий, головного мозга и островков поджелудочной железы. Эти изменения, как и атеросклероз, обуславливают старческую физическую и психическую деградацию.</p>	
--	--	---	--

		<p>Морфо- и патогенез амилоидоза. Функцию <i>амилоидобластов</i>, продуцирующих белок фибрилл амилоида (рис. 34), при различных формах амилоидоза выполняют разные клетки. При генерализованных формах амилоидоза - это главным образом макрофаги, плазматические и миеломные клетки; однако не исключается роль фибробластов, ретикулярных клеток и эндотелиоцитов. При локальных формах в роли амилоидобластов могут выступать кардиомиоциты (амилоидоз сердца), гладкие мышечные клетки (амилоидоз</p>	
--	--	--	--

		<p>аорты), кератиноциты (амилоидоз кожи), В-клетки островков поджелудочной железы (инсулярный амилоидоз), С-клетки щитовидной железы и другие эпителиальные клетки APUD-системы.</p> <p>Макро- и микроскопическая характеристика амилоидоза. Внешний вид органов при амилоидозе зависит от степени процесса. Если отложения амилоида небольшие, внешний вид органа изменяется мало и амилоидоз обнаруживается лишь при микроскопическом исследовании. При выраженном</p>	
--	--	---	--

		<p>амилоидозе орган увеличивается в объеме, становится очень плотным и ломким, а на разрезе имеет своеобразный восковидный, или сальный, вид.</p> <p>Исход. Неблагоприятный. <i>Амилоидоклазия</i> - исключительно редкое явление при локальных формах амилоидоза.</p> <p>Функциональное значение определяется степенью развития амилоидоза.</p> <p>Выраженный амилоидоз ведет к атрофии паренхимы и склерозу органов, к их функциональной недостаточности. При выраженном амилоидозе возможна</p>	
--	--	--	--

		хроническая почечная, печеночная, сердечная, легочная, надпочечниковая, кишечная (синдром нарушенного всасывания) недостаточность.	
2.	<p>Лейомиома. Характеристика, классификация.</p> <p>Лейомиосаркома. Клинико-морфологическая характеристика, прогноз.</p>	<p>Лейомиома - зрелая, доброкачественная опухоль из гладких мышц. Возникает в любом возрасте и у мужчин, и у женщин.</p> <p>Локализуется лейомиома в коже (из мышц, поднимающих волосы, из стенки сосудов), в матке, в мышечной оболочке желудочно-кишечного тракта.</p>	<p>1. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentl</p>

		<p>Макроскопически опухоль представляет собой четко отграниченный узел плотной консистенции, волокнистый на разрезе. Размеры опухоли очень переменные, иногда лейомиома может достигать величины 30 см и более. Нередко лейомиомы бывают множественными или изолированными, или формировать конгломерат узлов.</p> <p>Микроскопически лейомиома образована из опухолевых клеток веретенообразной формы, формирующих пучки, идущие в различных направлениях. При специальных методах</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	---	---

		<p>исследования в цитоплазме выявляются миофибриллы. Иногда ядра в миоме образуют ритмичные структуры, так называемые палисадные структуры, которые служат показателем роста опухоли. Чем больше в опухоли соединительной ткани, тем медленнее она растет. При обилии сосудов опухоль называют ангиолейомиома. По форме клеток выделяют эпителиоидную лейомиому.</p> <p>Все варианты лейомиом протекают доброкачественно. Наибольшее клиническое значение</p>	
--	--	---	--

		<p>имеют фибромиомы матки. Лейомиомы матки часто возникают у женщин в возрасте 30-50 лет. По гистологической картине они имеют чаще строение фибромиомы.</p> <p>В зависимости от локализации в матке различают лейомиомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> -субмукозные; -интрамуральные (в толще мышечной стенки); -субсерозные. <p>Лейомиосаркома (злокачественная лейомиома) - незрелая злокачественная опухоль из гладкой мускулатуры. Локализуется чаще в</p>	
--	--	---	--

		<p>желудочно-кишечном тракте, преимущественно в толстой кишке, затем забрюшинно, в мягких тканях конечностей, в матке.</p> <p>Макроскопически чаще имеет форму узла, который может достигать в диаметре более 30 см. Инфильтрирующий рост не всегда очевиден.</p> <p>Микроскопически имеется два варианта лейомиосарком - высоко- и низкодифференцированные. Высокодифференцированные очень трудно отличать микроскопически от лейомиом. Наиболее</p>	
--	--	---	--

		<p>важным дифференциальным признаком является наличие множества атипичных митозов. Низкодифференцированные лейомиосаркомы характеризуются резкой катаплазией опухолевых клеток, появлением гигантских клеток, значительно выраженным полиморфизмом. Для дифференциальной диагностики используют электронную микроскопию с целью выявления миофибрилл, а также иммуноморфологические методики с использованием специфических моноклональных</p>	
--	--	--	--

		<p>антител.</p> <p>Лейомиосаркомы рано и широко метастазируют преимущественно гематогенным путем, давая множественные метастазы в печень, легкие, нередко - в головной мозг. Иногда метастазы могут в клинике проявляться раньше, чем основная опухоль. Особенно при ее локализации забрюшинно и в толстой кишке.</p>	
3.	<p>Ишемическая болезнь сердца. Этиология и патогенез, факторы риска. Инфаркт миокарда: причины, классификация, динамика биохимических и морфофункциональных изменений в миокарде. Морфология острого, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда.</p>	<p>Этиология и патогенез, факторы риска. Инфаркт миокарда: причины, классификация, динамика биохимических и морфофункциональных изменений в</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500</p>

		<p>миокарде. Морфология острого, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда. Ишемическая болезнь сердца – группа заболеваний, обусловленных абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровообращения. Поэтому ишемическая болезнь – это коронарная болезнь сердца. Среди непосредственных причин развития ишемической болезни сердца следует назвать длительный спазм, тромбоз или тромбоземболию венечных артерий сердца и функциональное перенапряжение миокарда в условиях</p>	<p>с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
--	--	--	--

		<p>атеросклеротической окклюзии этих артерий.</p> <p>Этиологические факторы атеросклероза и гипертонической болезни, прежде всего психоэмоциональное перенапряжение, ведущее к ангионевротическим нарушениям, являются этиологическими факторами ишемической болезни сердца.</p> <p>Патогенетические факторы ишемической болезни, атеросклероза и гипертонической болезни также общие.</p> <p>Среди них главные:</p> <ol style="list-style-type: none">1. гиперлипидемия;2. артериальная гипертензия;3. избыточная масса тела (ожирение);4. малоподвижный образ жизни;5. курение;	
--	--	---	--

		<p>6. нарушение толерантности к углеводам, в частности сахарный диабет;</p> <p>7. мочеислый диатез;</p> <p>8. генетическая предрасположенность;</p> <p>9. принадлежность к мужскому полу.</p> <p>Инфаркт миокарда – это ишемический некроз сердечной мышцы, поэтому клинически, помимо изменений электрокардиограммы, для него характерна ферментемия. Как правило, это ишемический (белый) инфаркт с геморрагическим венчиком.</p> <p>Классификация и патологическая анатомия.</p> <p>1. по времени его возникновения</p> <p>2. по локализации в различных отделах</p>	
--	--	---	--

		<p>сердца и сердечной мышцы</p> <p>3. по распространенности</p> <p>4. по течению.</p> <p>Инфаркт миокарда – понятие временное. Он занимает примерно 8 нед с момента приступа ишемии миокарда – первичный (острый) инфаркт миокарда.</p> <p>Если инфаркт миокарда развивается спустя 8 нед после первичного (острого), то его называют повторным инфарктом.</p> <p>Инфаркт, развившийся в течение 8 нед существования первичного (острого), называют рецидивирующим инфарктом миокарда.</p> <p>Инфаркт миокарда локализуется чаще всего в области верхушки, передней и</p>	
--	--	---	--

		<p>боковой стенок левого желудочка и передних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в бассейне передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии, которая функционально более отягощена и сильнее других ветвей поражается атеросклерозом. Реже инфаркт возникает в области задней стенки левого желудочка и задних отделов межжелудочковой перегородки, т. е. в бассейне огибающей ветви левой венечной артерии. Когда атеросклеротической окклюзии подвергаются основной ствол левой венечной артерии и обе его ветви, развивается обширный инфаркт</p>	
--	--	--	--

		<p>миокарда. В правом желудочке и особенно в предсердиях инфаркт развивается редко. Размеры инфаркта определяются степенью стенозирующего атеросклероза венечных артерий, возможностью коллатерального кровообращения и уровнем закрытия (тромбоз, эмболия) артериального ствола; они зависят также от функционального состояния (отягощения) миокарда. Инфаркт миокарда может захватывать различные отделы сердечной мышцы:</p> <ul style="list-style-type: none"> субэндокардиальные – субэндокардиальный инфаркт, субэпикардиальные – субэпикардиальный 	
--	--	--	--

		<p>инфаркт, его среднюю часть – интрамуральный инфаркт или всю толщу сердечной мышцы – трансмуральный инфаркт. При вовлечении в некротический процесс эндокарда (субэндокардиальный и трансмуральный инфаркты) в ткани его развивается реактивное воспаление, на эндотелии появляются тромботические наложения. При субэпикардальном и трансмуральном инфарктах нередко наблюдается реактивное воспаление наружной оболочки сердца – фибринозный перикардит. Руководствуясь распространенностью некротических</p>	
--	--	---	--

		<p>изменений в сердечной мышце, различают мелкоочаговый, крупноочаговый и трансмуральный инфаркт миокарда.</p> <p>В своем течении инфаркт миокарда проходит две стадии – некротическую и стадию рубцевания. В некротической стадии при гистологическом исследовании область инфаркта представляет собой некротизированную ткань, в которой периваскулярно сохраняются «островки» неизмененного миокарда. Область некроза отграничена от сохранившегося миокарда зоной полнокровия и лейкоцитарной инфильтрации (демаркационное</p>	
--	--	--	--

		<p>воспаление). Эту стадию характеризуют не только некротические изменения в очаге инфаркта, но и глубокие дисциркуляторные и обменные нарушения вне этого очага. Они характеризуются фокусами неравномерного кровенаполнения, кровоизлияниями, исчезновением из кардиомиоцитов гликогена, появлением в них липидов, деструкцией митохондрий и саркоплазматической сети, некрозом единичных мышечных клеток. Сосудистые нарушения появляются и за пределами сердца, например в головном мозге, где можно обнаружить</p>	
--	--	---	--

		<p>неравномерное полнокровие, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния. Стадия рубцевания (организации) инфаркта начинается по существу тогда, когда на смену лейкоцитам приходят макрофаги и молодые клетки фибробластического ряда. Макрофаги принимают участие в резорбции некротических масс, в их цитоплазме появляются липиды, продукты тканевого детрита. Фибробласты, обладающие высокой ферментативной активностью, участвуют в фибриллогенезе. Организация инфаркта происходит как из зоны демаркации, так и</p>	
--	--	--	--

		<p>из «островков» сохранившейся ткани в зоне некроза. Этот процесс продолжается 7-8 нед, однако эти сроки подвержены колебаниям в зависимости от размеров инфаркта и реактивности организма больного. Новообразованная соединительная ткань вначале рыхлая, типа грануляционной, затем созревает в грубоволокнистую рубцовую, в которой вокруг сохранившихся сосудов видны островки гипертрофированных мышечных волокон. В полости перикарда в исходе фибринозного перикардита появляются спайки. В них нередко образуются сосуды, анастомозирующие с</p>	
--	--	---	--

		<p>внесердечными коллатеральями, что способствует улучшению кровоснабжения миокарда. Таким образом, при организации инфаркта на его месте образуется плотный рубец. В таких случаях говорят о пост инфаркт ном крупноочаговом кардиосклерозе. Сохранившийся миокард, особенно по периферии рубца, подвергается регенерационной гипертрофии. Осложнениями инфаркта являются кардиогенный шок, фибрилляция желудочков, асистолия, острая сердечная недостаточность, миомаляция, острая аневризма и разрыв сердца, пристеночный</p>	
--	--	--	--

		<p>тромбоз, перикардит. Миомаляция, или расплавление некротизированного миокарда, возникает в случаях преобладания процессов аутолиза мертвой ткани. Миомаляция ведет к разрыву сердца и кровоизлиянию в полость сердечной сорочки (гемоперикард и тампонада его полости). Острая аневризма сердца, т. е. взбухание некротизированной стенки, образуется при обширных инфарктах. Полость аневризмы обычно тромбируется, в ее стенке появляются надрывы эндокарда, кровь проникает в эти надрывы, отслаивает эндокард и разрушает некротизированный миокард. Возникают разрыв сердца и</p>	
--	--	--	--

		<p>гемоперикард.</p> <p>Пристеночные тромбы образуются при субэндокардиальном и трансмуральном инфарктах, с ними связана опасность тромбоэмболических осложнений.</p> <p>Перикардит, обычно фибринозный, нередко находят при субэпикардиальном и трансмуральном инфарктах.</p> <p>Смерть при инфаркте миокарда может быть связана как с самим инфарктом миокарда, так и с его осложнениями.</p> <p>Непосредственной причиной смерти в ранний период инфаркта становятся фибрилляция желудочков, асистолия, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность.</p>	
--	--	--	--

		<p>Смертельными осложнениями инфаркта миокарда в более поздний период являются разрыв сердца или его острой аневризмы с кровоизлиянием в полость перикарда, а также тромбоэмболии (например, сосудов головного мозга) из полостей сердца, когда источником тромбоэмболии становятся тромбы на эндокарде в области инфаркта, в острой аневризме, в ушках сердца.</p>	
4.	<p>Бронхопневмония (очаговая пневмония). Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Особенности бронхопневмонии в зависимости от характера возбудителя, химического и физического фактора, возраста. Осложнения.</p>	<p>Бронхопневмонией называют воспаление легких, развивающееся в связи с бронхитом или бронхиолитом (бронхоальвеолит). Она имеет очаговый характер, может быть морфологическим проявлением как</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. -</p>

		<p>первичных (например, при респираторных вирусных инфекциях – см.), так и вторичных (как осложнение многих заболеваний) острых пневмоний. Болезнь могут вызывать различные микробные агенты – пневмококки, стафилококк, стрептококки, энтеробактерии, вирусы, микопlasма, грибы и др. Бронхопневмония развивается также при воздействии химических и физических факторов, что позволяет выделять уремическую, липидную, пылевую, радиационную пневмонии. Развитие бронхопневмонии связано с острым бронхитом или</p>	<p>ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	---	---

		<p>бронхиолитом, причем воспаление чаще распространяется на легочную ткань интрабронхиально (нисходящим путем, обычно при катаральном бронхите или бронхиолите), реже перибронхиально (обычно при деструктивном бронхите или бронхиолите). Бронхопневмония возникает гематогенным путем, что встречается при генерализации инфекции (септические пневмонии). При любой этиологии слизистая оболочка становится полнокровной и набухшей, продукция</p>	
--	--	--	--

		<p>слизи железами и бокаловидными клетками резко усиливается; покровный призматический эпителий слизистой оболочки слущивается, что ведет к повреждению мукоцилиарного механизма очищения бронхиального дерева. Стенки бронхов и бронхиол утолщаются за счет отека и клеточной инфильтрации. В дистальных отделах бронхов чаще возникает панбронхит и панбронхиолит, а в проксимальном – эндомезобронхит. Отек и клеточная инфильтрация стенки</p>	
--	--	--	--

		<p>бронха нарушают дренажную функцию бронхов, что способствует аспирации инфицированной слизи в дистальные отделы бронхиального дерева; при кашлевых толчках могут появляться преходящие расширения просвета бронхов – транзиторные бронхоэктазы.</p> <p>Очаги воспаления при бронхопневмонии обычно возникают в задних и задненижних сегментах легких – II, VI, VIII, IX, X. Они разных размеров, плотные, на разрезе серо-красные. В зависимости от размера очагов различают</p>	
--	--	--	--

		<p>милиарную (альвеолит), ацинозную, дольковую, сливную дольковую, сегментарную и полисегментарную бронхопневмонии. В альвеолах отмечают скопления экссудата с примесью слизи, много нейтрофилов, макрофагов, эритроцитов, слущенного альвеолярного эпителия; иногда определяется небольшое количество фибрина. Экссудат распределяется неравномерно: в одних альвеолах его много, в других – мало. Межалвеолярные перегородки пронизаны клеточным</p>	
--	--	--	--

		<p>инфильтратом.</p> <p>Стафилококковая бронхопневмония обычно вызывается золотистым стафилококком, часто ее обнаруживают после перенесенной вирусной инфекции. Она отличается тяжелым течением. Воспаление локализуется обычно в IX и X сегментах легкого, где находят очаги нагноения и некроза. После опорожнения гноя через бронхи образуются мелкие и более крупные полости. В окружности очагов некроза развивается серозногеморрагическое воспаление.</p> <p>Стрептококковая</p>	
--	--	---	--

		<p> бронхопневмония вызывается обычно гемолитическим стрептококком, нередко в сочетании с вирусом. Протекает остро. Легкие увеличены, с поверхности стекает кровянистая жидкость. В бронхах разного калибра преобладает лейкоцитарная инфильтрация, возможны некроз стенки бронхов, образование абсцессов и бронхоэктазов. Пневмококковая бронхопневмония характеризуется образованием очагов, тесно связанных с бронхиолами, в экссудате – нейтрофилы, фибрин. По периферии очагов </p>	
--	--	---	--

		<p>пневмонии – зона отека, где обнаруживают много микробов. Легкое на разрезе пестрого вида. Грибковая бронхопневмония (пневмомикоз) может вызываться разными грибами, но чаще всего типа Candida. Очаги пневмонии разных размеров (лобулярные, сливные), плотноватые, на разрезе сероватоз-розовой окраски. В центре очагов определяется распад, в котором обнаруживаются нити гриба.</p> <p>В значительной степени осложнения бронхопневмонии зависят от особенностей их</p>	
--	--	--	--

		<p>этиологии, возраста и общего состояния больного. Фокусы пневмонии могут подвергаться карнификации или нагноению с образованием абсцессов; если очаг расположен под плеврой, возможен плеврит.</p> <p>Смерть больных может быть обусловлена нагноением легкого, гнойным плевритом. Особенно опасна для жизни бронхопневмония в раннем детском и старческом возрасте.</p>	
5.	Хронический гастрит, сущность процесса. Этиология и патогенез. Морфологические формы, выделяемые на основании изучения	Хронический гастрит развивается при действии на слизистую оболочку желудка	1. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В.

	<p>гастробиопсии, их характеристика. Хронический гастрит как предракое состояние.</p>	<p>прежде всего экзогенных факторов: нарушение режима питания и ритма питания, злоупотребление алкоголем, действие химических, термических и механических агентов, влияние профессиональных вредностей и т. д. Велика роль и эндогенных факторов – аутоинфекции (<i>Campylobacter pyloridis</i>), хронической аутоинтоксикации, нейроэндокринных нарушений, хронической сердечно-сосудистой недостаточности, аллергических реакций, регургитации дуоденального содержимого в желудок (рефлюкс).</p>	<p>В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>
--	---	---	--

		<p>Хронический гастрит может быть аутоиммунным (гастрит типа А) и неиммунным (гастрит типа В).</p> <p>Аутоиммунный гастрит характеризуется наличием антител к париетальным клеткам, а поэтому поражением фундального отдела желудка, где обкладочных клеток много (фундальный гастрит). Слизистая оболочка антрального отдела интактна. Отмечается высокий уровень гастринемии. В связи с поражением обкладочных клеток секреция хлористоводородной (соляной) кислоты снижена.</p> <p>При неиммунном гастрите антитела к</p>	
--	--	--	--

		<p>париетальным клеткам не выявляются, поэтому фундальный отдел желудка относительно сохранен. Основные изменения локализуются в антральном отделе (антральный гастрит). Гастринемия отсутствует, секреция хлористоводородной кислоты снижена лишь умеренно. Среди гастрита типа В выделяют рефлюкс-гастрит (гастрит типа С). Гастрит типа В встречается в 4 раза чаще гастрита типа А. Руководствуясь топографией процесса в желудке, выделяют хронический гастрит – антральный, фундальный и пангастрит. Морфологические типы.</p>	
--	--	--	--

		<p>Хронический гастрит характеризуется длительно существующими дистрофическими и некробиотическими изменениями эпителия слизистой оболочки, вследствие чего происходят нарушение его регенерации и структурная перестройка слизистой оболочки, завершающаяся атрофией ее и склерозом; клеточные реакции слизистой оболочки отражают активность процесса. Различают два морфологических типа хронического гастрита – поверхностный и атрофический. Хронический поверхностный гастрит характеризуется дистрофическими изменениями</p>	
--	--	---	--

		<p>поверхностного (ямочного) эпителия. В одних участках он уплощается, приближается к кубическому и отличается пониженной секрецией, в других – высокий призматический с повышенной секрецией. Происходит транслокация добавочных клеток из перешейка в среднюю треть желез, уменьшается гистаминстимулированная секреция хлористоводородной кислоты париетальными клетками и пепсиногена – главными клетками. Собственный слой (пластинка) слизистой оболочки отекает, инфильтрирован</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфоцитами, плазматическими клетками, единичными нейтрофилами.</p> <p>При хроническом атрофическом гастрите появляется новое и основное качество – атрофия слизистой оболочки, ее желез, которая определяет развитие склероза. Слизистая оболочка истончается, число желез уменьшается. На месте атрофированных желез разрастается соединительная ткань. Сохранившиеся железы располагаются группами, протоки желез расширены, отдельные виды клеток в железах плохо дифференцируются. В связи с мукоидизацией желез секретция пепсина и хлористоводородной кислоты нарушается.</p>	
--	--	---	--

		<p>Слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, единичными нейтрофилами. К этим изменениям присоединяется перестройка эпителия, причем метаплазии подвергается как поверхностный, так и железистый эпителий. Желудочные валики напоминают ворсинки кишечника, они выстланы каемчатыми эпителиоцитами, появляются бокаловидные клетки и клетки Панета (кишечная метаплазия эпителия, «энтеролизация» слизистой оболочки). Главные, добавочные (слизистые клетки желез) и париетальные клетки желез исчезают, появляются кубические</p>	
--	--	--	--

		<p>клетки, свойственные пилорическим железам; образуются так называемые псевдопилорические железы.</p> <p>Особую форму представляет так называемый гигантский гипертрофический гастрит, или болезнь Менетрие, при котором происходит чрезвычайно резкое утолщение слизистой оболочки, приобретающей вид булыжной мостовой.</p> <p>Морфологически находят пролиферацию клеток железистого эпителия и гиперплазию желез, а также инфильтрацию слизистой оболочки лимфоцитами, эпителиоидными, плазматическими и гигантскими клетками.</p>	
--	--	---	--

		<p>В зависимости от преобладания изменений желез или интерстиция, выраженности пролиферативных изменений выделяют железистый, интерстициальный и пролиферативный варианты этой болезни. Степень тяжести хронического гастрита может быть легкой, умеренной или тяжелой.</p>	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
<p>ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.</p>	<p>1 - макроскопической диагностикой патологических процессов;</p>

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕГКОГО ПРИ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ</p> <p>1) петрификаты 2) пузыри под плеврой 3) плотная консистенция, бурый цвет на разрезе 4) неравномерное расширение бронхов</p>	<p>3) плотная консистенция, бурый цвет на разрезе</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html</p>
2.	<p>БРОНЗОВЫЙ ЦВЕТ КОЖИ ПРИ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПИГМЕНТ</p> <p>1) меланин 3) билирубин 2) липофусцин 4) гемосидерин</p>	<p>1) меланин</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное</p>

			<p>пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm</p>
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ИНФАРКТ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ РАЗВИВАЕТСЯ В</p> <p>1) сердце 2) почках 3) легких 4) селезенке 5) головном мозге</p>	<p>1) сердце 5) головном мозге</p>	<p>Пауков, В. С. Патология : руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд. , испр. и доп. -</p>

			Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2369.html
2.	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД ПЕЧЕНИ ПРИ ЛИПОФУСЦИНОЗЕ</p> <p>1) край заострен 2) размеры уменьшены 3) цвет на разрезе желтый 4) поверхность гладкая 5) цвет на разрезе бурый 6) поверхность морщинистая</p>	<p>1) край заострен 2) размеры уменьшены 5) цвет на разрезе бурый</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Коревая сыпь на слизистой оболочке полости рта 2. Коревая сыпь на коже А. Экзантема Б. Энантема	1Б 2А	Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>У больного после перенесения инфаркта миокарда развилась хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, которая явилась причиной смерти. 1. Макроскопический вид печени на вскрытии? 2. Какие изменения при микроскопическом исследовании находят в центре и на периферии печеночных долек? 3. Какой процесс может развиваться в исходе хронического венозного застоя в печени? 4. Какие изменения при хронической сердечно-сосудистой недостаточности могут возникать в других органах (легкие, почки,</p>	<p>1. Мускатная печень. 2. В центре полнокровие, кровоизлияния, гибель гепатоцитов; на периферии жировая дистрофия гепатоцитов. 3. Мускатный фиброз печени.</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-</p>

	селезенка)?		6261-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm 1
7.	<p>Больной обратился в поликлинику по поводу сильных болей во II пальце кисти. Врач обнаружил покраснение и отек пальца, на концевой фаланге — очаг округлой формы зеленоватого цвета. При вскрытии очага выделилось содержимое сливкообразной консистенции, образовалась полость.</p> <p>1. Какой вид экссудативного воспаления развился на пальце? 2. Какая разновидность этого воспаления? 3. Каков состав экссудата? 4. Почему после удаления экссудата образовалась полость?</p>	<p>1. Гнойное. 2. Абсцесс. 3.Полиморфно-ядерные лейкоциты. 4. Гнойное воспаление ведет к расплавлению тканей</p>	<p>Зайратьянц, О. В. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-6261-4. - Текст : электронный // ЭБС</p>

			"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462614.htm
8.	У больного, страдавшего хроническим гломерулонефритом, в течение ряда лет отмечалась артериальная гипертензия. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности. 1.Какие макроскопические изменения сердца можно обнаружить на вскрытии, в каких преимущественно его отделах? 2. О каком процессе идет речь, назовите его? 3. Назовите вид этого процесса в зависимости от механизма развития? 4. Назовите стадию процесса?	1. Увеличение сердца за счет левого желудочка, расширение полостей. 2. Гипертрофия. 3.Компенсаторная (рабочая). 4. Декомпенсации	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
9.	После ушиба колена у мальчика	1. Саркома.	Пальцев, М. А.

	<p>появилось опухолевидное разрастание в области эпифиза бедренной кости. После стационарного обследования принято решение ампутировать бедро. При обследовании удаленной конечности в области нижнего эпифиза бедра обнаружено разрастание опухоли, разрушающей кость, не имеющей четких границ, серо-розового цвета, на разрезе вида «рыбьего мяса». 1. Назовите опухоль? 2. Доброкачественная она или злокачественная? 3. Из какой ткани развилась? 4. Где можно ожидать первые метастазы опухоли?</p>	<p>2. Злокачественная. 3. Из костной (остеосаркома). 4. В легких.</p>	<p>Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
10.	<p>Больной поступил в клинику с приступом стенокардии. Через 3 дня он скончался. На вскрытии обнаружен атеросклероз аорты, сосудов сердца и мозга. В передней стенке левого желудочка – рубцовое поле. В правом полушарии головного мозга в области подкорковых ядер обнаружен обширный очаг деструкции ткани серого цвета. 1. Какая клинико-</p>	<p>1. Инфаркт. 2. Тромбоз мозговых сосудов. 3. Ишемический инфаркт</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия</p>

	морфологическая форма некроза развилась в головном мозге? 2. Ее причины? 3. Исходом какого процесса является рубец в миокарде?		"Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Острые язвы желудка. Макроскопическая картина.	Эрозии и острые язвы. Эрозии, обычно множественные, представляют собой дефект слизистой оболочки, распространяющийся не глубже t. muscularis mucosae; острая язва распространяется через подслизистую оболочку на остальные слои желудка, подчас вплоть до серозной оболочки. Однако анатомическое	Патолого-анатомическая диагностика рака желудка [Текст] : учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с. : ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD

		<p>расположение является чисто формальным отличием. Ю. М. Лазовский с сотрудниками (1947) полагают, что в основе развития и эрозии и острой язвы лежит не воспалительный процесс (Konjctznu, 1925), а некробиоз с отчетливыми изменениями в сосудах и соединительной ткани желудка. Таким образом, принципиальной разницы между эрозией и острой язвой не существует (Ю. М. Лазовский и сотр., 1947; И. В. Давыдовский, 1958). Острые язвы бывают различной величины — от точки до 2 см и больше. Форма их круглая, овальная или вытянутая по длиннику желудка. Острая язва</p>	<p>own.asp?MacroName= e=</p>
--	--	---	----------------------------------

		имеет относительно небольшой (не свыше 1 см), но глубокий кратер с четкими краями, без воспалительной периферической реакции вокруг. Дно острой язвы или чистое, или видны темно-бурые продукты распада. Располагаются острые изъязвления по преимуществу на малой кривизне и в пилорическом отделе желудка.	
7.	Внутричерепное кровоизлияние (внутричерепная гематома). Причины, морфогенез, морфологическая характеристика, осложнения, исходы.	Внутричерепные кровоизлияния. Подразделяют на внутримозговые (гипертензионные), субарахноидальные (аневризматические), смешанные (паренхиматозные и субарахноидальные — артериовенозные пороки). Внутричерепные кровоизлияния.	1. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант

		<p>Развиваются при разрыве микроаневризм в местах бифуркаций внутримозговых артерий у больных гипертонической болезнью (гематома), а также в результате диапедеза (петехиальные кровоизлияния, геморрагическое пропитывание). Кровоизлияния локализуются чаще всего в подкорковых узлах головного мозга и мозжечке. В исходе формируется киста со ржавыми стенками за счет отложений гемосидерина.</p> <p>Субарахноидальные кровоизлияния. Возникают за счет</p>	<p>студента»: [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	--

		<p>разрыва аневризм крупных церебральных сосудов не только атеросклеротического, но и воспалительного, врожденного и травматического генеза.</p> <p>Гипертензионные цереброваскулярные заболевания. Развиваются у людей, страдающих гипертонией.</p> <p>Лакунарные изменения.</p> <p>Представлены множеством мелких ржавых кист в области подкорковых ядер.</p> <p>Субкортикальная лейкоэнцефалопатия. Сопровождается субкортикальной потерей аксонов и</p>	
--	--	--	--

		<p>развитием демиелинизации с глиозом и артериологиалинозом.</p> <p>Гипертензионная энцефалопатия.</p> <p>Возникает у больных с злокачественной формой гипертонической болезни и сопровождается развитием фибриноидного некроза стенок сосудов, петехиальных кровоизлияний и отека.</p> <p>Осложнения инсультов. Параличи, отек головного мозга, дислокация головного мозга с вклинениями, прорыв крови в полости желудочков мозга, приводящие к смерти.</p>	
--	--	---	--

8.	<p>Лейомиома. Характеристика, Лейомиосаркома. морфологическая прогноз.</p>	<p>Морфологическая классификация. Клинико-морфологическая характеристика,</p>	<p>Лейомиома - зрелая, доброкачественная опухоль из гладких мышц. Возникает в любом возрасте и у мужчин, и у женщин.</p> <p>Локализуется лейомиома в коже (из мышц, поднимающих волосы, из стенки сосудов), в матке, в мышечной оболочке желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Макроскопически опухоль представляет собой четко отграниченный узел плотной консистенции, волокнистый на разрезе. Размеры опухоли очень переменные, иногда лейомиома может достигать величины 30</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
----	--	---	---	--

		<p>см и более. Нередко лейомиомы бывают множественными или изолированными, или формировать конгломерат узлов.</p> <p>Микроскопически лейомиома образована из опухолевых клеток веретенообразной формы, формирующих пучки, идущие в различных направлениях. При специальных методах исследования в цитоплазме выявляются миофибриллы. Иногда ядра в миоме образуют ритмичные структуры, так называемые палисадные структуры, которые служат показателем роста опухоли. Чем больше в</p>	
--	--	--	--

		<p>опухоли соединительной ткани, тем медленнее она растет. При обилии сосудов опухоль называют ангиолейомиома. По форме клеток выделяют эпителиоидную лейомиому.</p> <p>Все варианты лейомиом протекают доброкачественно.</p> <p>Наибольшее клиническое значение имеют фибромиомы матки. Лейомиомы матки часто возникают у женщин в возрасте 30-50 лет. По гистологической картине они имеют чаще строение фибромиомы.</p> <p>Лейомиосаркома (злокачественная)</p>	
--	--	---	--

		<p>лейомиома) - незрелая злокачественная опухоль из гладкой мускулатуры.</p> <p>Локализуется чаще в желудочно-кишечном тракте, преимущественно в толстой кишке, затем забрюшинно, в мягких тканях конечностей, в матке.</p> <p>Макроскопически чаще имеет форму узла, который может достигать в диаметре более 30 см.</p> <p>Инфильтрирующий рост не всегда очевиден.</p> <p>Микроскопически имеется два варианта лейомиосарком - высоко- и низкодифференцированные.</p>	
--	--	---	--

		<p>Высокодифференцированные очень трудно отличать микроскопически от лейомиом. Наиболее важным дифференциальным признаком является наличие множества атипичных митозов. Низкодифференцированные лейомиосаркомы характеризуются резкой катаплазией опухолевых клеток, появлением гигантских клеток, значительно выраженным полиморфизмом. Для дифференциальной диагностики используют электронную микроскопию с целью выявления миофибрилл, а также</p>	
--	--	--	--

		<p>иммуноморфологические методики с использованием специфических моноклональных антител.</p> <p>Лейомиосаркомы рано и широко метастазируют преимущественно гематогенным путем, давая множественные метастазы в печень, легкие, нередко - в головной мозг. Иногда метастазы могут в клинике проявляться раньше, чем основная опухоль. Особенно при ее локализации забрюшинно и в толстой кишке.</p>	
9.	Цирроз печени. Патоморфологические признаки.	Цирроз печени – хроническое заболевание,	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия:

		<p>характеризующееся нарастающей печеночной недостаточностью в связи с рубцовым сморщиванием и структурной перестройкой печени. Термин "цирроз печени» ввел Р. Лаэннек (1819), имея в виду особенности морфологических изменений печени (плотная бугристая печень рыжего цвета).</p> <p>Этиология.</p> <p>В зависимости от причины, ведущей к развитию цирроза, различают:</p> <p>1. инфекционный (вирусный гепатит, паразитарные заболевания печени,</p>	<p>национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	--

		<p>инфекции желчных путей);</p> <p>2. токсический и токсико-аллергический (алкоголь, промышленные и пищевые яды, лекарственные вещества, аллергены);</p> <p>3. билиарный (холангит, холестаз разной природы);</p> <p>4. обменно-алиментарный (недостаточность белков, витаминов, липотропных факторов, циррозы накопления при наследственных нарушениях обмена);</p> <p>5. циркуляторный (хронический венозный застой в печени);</p> <p>6. криптогенный циррозы.</p> <p>Основное клиническое</p>	
--	--	--	--

		<p>значение в настоящее время имеют вирусный, алкогольный и билиарный циррозы печени. Вирусный цирроз печени развивается обычно после гепатита типа В, а алкогольный, как правило, после множественных атак алкогольного гепатита. В развитии первичного билиарного цирроза придают значение как аутоиммунной реакции в отношении эпителия внутрипеченочных желчных протоков, так и нарушению обмена желчных кислот; не исключается также связь с вирусным гепатитом (холестатическая форма) и влияние</p>	
--	--	--	--

		<p>лекарственных средств.</p> <p>Патологическая анатомия.</p> <p>Характерными изменениями печени при циррозе являются дистрофия и некроз гепатоцитов, извращенная регенерация, диффузный склероз, структурная перестройка и деформация органа.</p> <p>Печень при циррозе плотная и бугристая, размеры ее чаще уменьшены, реже – увеличены.</p> <p>Макроскопически выделяют виды цирроза: неполный септальный, мелкоузловой, крупноузловой и смешанный. При</p>	
--	--	--	--

		<p>неполном септальном циррозе узлы_регенераторы отсутствуют, паренхиму печени пересекают тонкие септы. При мелкоузловом — узлы регенераторы одинаковой величины (не более 1 см) и имеют монолобулярное строение, септы в них узкие. При крупноузловом циррозе узлы больших размеров (до 5 см). Морфогенез.</p> <p>Ключевым моментом в генезе цирроза являются дистрофия (гидропическая, баллонная, жировая) и некроз гепатоцитов, возникающие в связи с воздействием</p>	
--	--	---	--

		<p>различных факторов. Гибель гепатоцитов ведет к усиленной их регенерации (митозы, amitosis) и появлению узлов-регенератов (ложных долек), окруженных со всех сторон соединительной тканью.</p> <p><u>Различают три морфогенетических типа цирроза: <u>постнекротический, портальный и смешанный.</u></u></p> <p>Постнекротический цирроз развивается в результате массивных некрозов печеночной паренхимы. В участках некроза происходят коллапс ретикулярной стромы и разрастание соединительной ткани (цирроз после</p>	
--	--	--	--

		<p>коллапса), образующей широкие фиброзные поля. В результате коллапса стромы происходит сближение портальных триад и центральных вен, в одном поле зрения обнаруживается более трех триад, что считается патогномичным морфологическим признаком постнекротического цирроза. Ложные дольки состоят в основном из новообразованной печеночной ткани, они содержат множество многоядерных печеночных клеток. Характерны белковая дистрофия и некроз гепатоцитов, липиды в</p>	
--	--	--	--

		<p>печеночных клетках обычно отсутствуют. Нередко встречаются пролиферация холангиол, картина холестаза. Печень при постнекротическом циррозе плотная, уменьшена в размерах, с крупными узлами, разделенными широкими и глубокими бороздками (крупноузловой или смешанный цирроз). Постнекротический цирроз развивается быстро (иногда в течение нескольких месяцев), связан с разнообразными причинами, ведущими к некрозу ткани печени, но чаще это – токсическая дистрофия печени, вирусный</p>	
--	--	--	--

		<p>гепатит с обширными некрозами, редко – алкогольный гепатит. Для него характерны ранняя печеночно-клеточная недостаточность и поздняя портальная гипертензия.</p> <p>Портальный цирроз формируется вследствие вклинивания в дольки фиброзных септ из расширенных и склерозированных портальных и перипортальных полей, что ведет к соединению центральных вен с портальными сосудами и появлению мелких (монолобулярных) ложных долек.</p> <p>Портальный цирроз развивается медленно</p>	
--	--	---	--

		<p>(в течение многих лет), главным образом при хроническом алкоголизме (алкогольный цирроз) и обменно-алиментарных нарушениях, так называемом пищевом дисбалансе {"пищевой" цирроз). Истинным портальным циррозом является первичный билиарный цирроз, в основе которого лежат негнойный деструктивный (некротический) холангит и холангиолит. Эпителий мелких желчных протоков некротизирован, стенка их и соединительная ткань, окружающая протоки, инфильтрированы</p>	
--	--	---	--

		<p>лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами. Нередко отмечается образование саркоидоподобных гранул из лимфоцитов, эпителиоидных и гигантских клеток. Печень при первичном билиарном циррозе увеличена, плотна, на разрезе серо-зеленая, поверхность ее гладкая или мелкозернистая. Помимо первичного, выделяют вторичный билиарный цирроз, который связан с обструкцией внепеченочных желчных путей (камень, опухоль), что ведет к холестазу</p>	
--	--	--	--

		<p>(холестатический цирроз), либо с инфекцией желчных путей и развитием бактериального, обычно гнойного, холангита и холангиолита (холангиолитический цирроз). Для вторичного билиарного цирроза характерны расширение и разрывы желчных капилляров, "озера желчи", явления холангита и перихолангита, развитие соединительной ткани в перипортальных полях и внутри долек с рассечением последних и формированием псевдодоек (цирроз портального типа). Печень при этом</p>	
--	--	--	--

		<p>увеличена, плотна, зеленого цвета, на разрезе с расширенными, переполненными желчью протоками.</p> <p>Смешанный цирроз обладает признаками как постнекротического, так и портального цирроза. Формирование смешанного цирроза связано в одних случаях с присоединением массивных некрозов печени (чаще дисциркуляторного генеза) к изменениям, свойственным портальному циррозу, в других – с наложением мезенхимально-клеточной реакции на очагово-некротические</p>	
--	--	---	--

		<p>изменения, характерные для постнекротического цирроза, что ведет к образованию септ и "дроблению" долек. При циррозе печени весьма характерны внепеченочные изменения: желтуха и геморрагический синдром как проявление гепатоцеллюлярной недостаточности, холестаза и холемии, склероз (иногда атеросклероз) воротной вены как следствие портальной гипертензии, расширение и истончение портокавальных анастомозов (вены пищевода, желудка,</p>	
--	--	---	--

		геморроидальные, передней стенки живота), асцит.	
10.	Аппендицит. Макроскопическая картина флегманозного аппендицита. Осложнение.	Аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Аппендицит является энтерогенной аутоинфекцией. Патогенной становится вегетирующая в кишечнике флора, наибольшее значение имеют кишечная палочка, энтерококк. Изучение возможных условий, способствующих инвазии микробов в стенку отростка и проявлению вирулентных свойств кишечной флоры, показало значение различных факторов, что послужило основой для создания	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

		<p>патогенетических теорий аппендицита. Патологическая анатомия. Различают две клиничко-анатомические формы аппендицита: острую и хроническую. Каждая из них имеет определенную морфологическую характеристику. Острый аппендицит. Различают следующие морфологические формы острого аппендицита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. простой 2. поверхностный 3. деструктивный (флегмонозный, апостематозный, флегмонозно-язвенный, гангренозный). <p>Эти формы являются морфологическим отражением фаз острого воспаления</p>	
--	--	--	--

		<p>аппендикса, завершающегося деструкцией и некрозом. Обычно оно продолжается 2-4 дня. Изменения, характерные для острого простого аппендицита, развиваются в течение первых часов от начала приступа. Они заключаются в расстройстве крово- и лимфообращения в виде стаза в капиллярах и венах, отеке, кровоизлияниях, скоплении сидерофагов, а также краевом стоянии лейкоцитов и лейкодиapedезе. Эти изменения выражены главным образом в дистальном отделе аппендикса. Расстройства крово- и лимфообращения сочетаются с</p>	
--	--	--	--

		<p>дистрофическими изменениями в интрамуральной нервной системе отростка.</p> <p>В последующие часы на фоне дисциркуляторных изменений в дистальном отделе аппендикса появляются фокусы экссудативного гнойного воспаления слизистой оболочки, называемые первичным аффектом. На вершине такого конусовидного фокуса, обращенной в просвет отростка, отмечаются поверхностные дефекты эпителия. Эти микроскопические изменения характеризуют острый поверхностный аппендицит, при котором отросток становится набухшим,</p>	
--	--	---	--

		<p>а серозная оболочка его – полнокровной и тусклой. Изменения, свойственные простому или поверхностному аппендициту, обратимы, если же они прогрессируют, развивается острый деструктивный аппендицит. К концу первых суток лейкоцитарный инфильтрат распространяется на всю толщу стенки отростка – развивается флегмонозный аппендицит. Размеры отростка увеличиваются, серозная оболочка его становится тусклой и полнокровной, на поверхности ее появляется фибринозный налет; стенка на разрезе утолщена, из просвета</p>	
--	--	---	--

		<p>выделяется гной. Брыжейка отечна, гиперемирована. Если на фоне диффузного гнойного воспаления отростка появляются множественные мелкие гнойнички (абсцессы), говорят об апостематозном аппендиците, если же к флегмонозному аппендициту присоединяется изъязвление слизистой оболочки – о флегмонозно-язвенном аппендиците. Завершает гнойно-деструктивные изменения отростка гангренозный аппендицит, который называют вторичным, так как он возникает в результате перехода гнойного процесса на окружающие ткани, в том числе и на брыжеечку отростка</p>	
--	--	---	--

		<p>(мезентериолит), что ведет к тромбозу аппендикулярной артерии.</p> <p>Вторичный гангренозный аппендицит следует отличать от гангрены аппендикса, развивающейся при первичном тромбозе или тромбоэмболии его артерии. Очевидно, поэтому гангрену аппендикса не совсем удачно называют первичным гангренозным аппендицитом.</p> <p>Вид аппендикса при гангренозном аппендиците весьма характерен. Отросток утолщен, серозная оболочка его покрыта грязно-зелеными фибринозно-гнойными наложениями. Стенка также утолщена, серо-грязного цвета, из</p>	
--	--	--	--

		<p>просвета выделяется гной. При микроскопическом исследовании обнаруживаются обширные очаги некроза с колониями бактерий, кровоизлияния, тромбы в сосудах. Слизистая оболочка изъязвлена почти на всем протяжении. Осложнения.</p> <p>При остром аппендиците осложнения связаны с деструкцией отростка и распространением гноя. Нередко возникающая при флегмонозно-язвенном аппендиците перфорация стенки ведет к развитию ограниченного и разлитого перитонита, который появляется также при самоампутации</p>	
--	--	---	--

		<p>гангренозно-измененного аппендикса.</p> <p>Распространение гнойного процесса на окружающие отросток ткани и слепую кишку (периаппендицит, перитифлит) сопровождается образованием осумкованных гнойников, переходом воспаления на забрюшинную клетчатку. Весьма опасно развитие гнойного тромбофлебита сосудов брыжейки с распространением его на ветви воротной вены и возникновением пилефлебита.</p> <p>Хронический аппендицит.</p> <p>Он развивается после перенесенного острого аппендицита и</p>	
--	--	---	--

		<p>характеризуется склеротическими и атрофическими процессами, на фоне которых могут появиться воспалительно-деструктивные изменения. Обычно воспаление и деструкция сменяются разрастанием грануляционной ткани в стенке и просвете отростка. Грануляционная ткань созревает, превращается в рубцовую. Возникают резкий склероз и атрофия всех слоев стенки, облитерация просвета отростка, между аппендиксом и окружающими тканями появляются спайки. Эти изменения могут сочетаться с гранулирующими и острыми язвами,</p>	
--	--	---	--

		<p>гистиолимфоцитарной и лейкоцитарной инфильтрацией стенки аппендикса. Иногда при рубцовой облитерации проксимального отдела отростка в его просвете накапливается серозная жидкость и отросток превращается в кисту – развивается водянка отростка. Если содержимым кисты становится секрет желез – слизь, то говорят о мукоцеле. При прорыве кисты и попадании слизи и образующих ее клеток в брюшную полость возможна имплантация этих клеток на брюшине, что ведет к ее изменениям, напоминающим опухоль-миксому. В таких случаях говорят о псевдомиксоме брюшины.</p>	
--	--	---	--

--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	2 - микроскопической (гистологической) диагностикой патологических процессов;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА 1) клиновидная атрофия 2) плотная консистенция 3) некроз эпителия канальцев 4) мелкозернистая поверхность 5) гиалиноз мезангия клубочков	5) гиалиноз мезангия клубочков	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц -

			Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
2.	МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЕВОЙ СЫПИ 1) гиалиноз дермы 2) атрофия эпидермиса 3) лимфогистиоцитарная инфильтрация 4) многоядерные гигантские клетки Пирогова—Лангханса	3)лимфогистиоцитарная инфильтрация	Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ	3) пролиферация	Патологическая

	<p>ПРИЗНАКИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА</p> <p>1) некроз ворсин хориона 2) атрофия ворсин хориона 3) пролиферация трофобласта 4) резкий отек ворсин хориона 5) образование в центре ворсин полостей, заполненных жидкостью</p>	<p>трофобласта 4) резкий отек ворсин хориона 5) образование в центре ворсин полостей, заполненных жидкостью</p>	<p>анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
2.	<p>МИКРОСКОПИЧЕСКИ МЕЖУТОЧНЫЙ МИОКАРДИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) воспалительным инфильтратом в строме миокарда 2) дистрофическими изменениями кардиомиоцитов 3) диффузным мелкоочаговым кардиосклерозом 4) гигантоклеточными гранулемами 5) гиалинозом стромы</p>	<p>1) воспалительным инфильтратом в строме миокарда 2) дистрофическими изменениями кардиомиоцитов</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный //</p>

			URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Клетки гематогенного происхождения в очаге хронического воспаления 2. Клетки гистиогенного происхождения в очаге хронического воспаления А. Лимфоциты Б.Моноциты В. Фибробласты Г. Эндотелиальные	1-АБ 2-ВГ	Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
5.	У больного, который долго курил и страдал хроническим	1. Плоскоклеточный рак.	Струков, А. И. Патологическая

	<p>бронхитом, обнаружена опухоль легкого. Произведено хирургическое вмешательство, опухоль удалена. Она представлена округлым серо-белым образованием до 4 см в диаметре с нечеткими границами, связана со стенкой бронха, которую прорастает. При микроскопическом исследовании опухоли обнаружены пласты атипичного плоского эпителия среди хорошо развитой стромы. 1. Дайте название опухоли? 2. Назовите виды ее в зависимости от способности эпителия к кератообразованию. 3. Доброкачественная эта опухоль или злокачественная? 4. Обладает ли органоспецифичностью? 5. Где возможны первые метастазы при этой опухоли?</p>	<p>2. Ороговевающий и неороговевающий. 3. Злокачественная. 4. Нет. 5. Регионарные лимфатические узлы.</p>	<p>анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
6.	<p>У больного ишемической болезнью сердца проведена операция аорто-коронарного шунтирования. В раннем послеоперационном периоде обнаружено значительное</p>	<p>1. В результате ишемии миокарда происходит увеличение проницаемости мембран и некроз</p>	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В.</p>

	<p>повышение в крови активности МВ-фракции креатинфосфокиназы, аспартатаминотрансферазы, концентрации тропонина I, миоглобина. В биоптате миокарда, полученном в интраоперационном периоде, гистологически обнаружено большое количество клеток в состоянии некроза. В биоптате миокарда, полученном в послеоперационном периоде (5 дней после операции), обнаружено увеличение зоны повреждения за счет апоптотической гибели клеток.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объясните причину изменения биохимических параметров крови у больного. 2. Объясните возможный патогенез указанных реакций в период ишемии миокарда и в период реперфузии миокарда. 3. Какой тип клеточной гибели кардиомиоцитов является более оптимальным с биологической точки зрения и почему. 	<p>кардиомиоцитов, в результате чего внутриклеточные ферменты попадают в системный кровоток.</p> <p>2. Объясните возможный патогенез указанных реакций в период ишемии миокарда и в период реперфузии миокарда. При ишемии развивается гипоксическое повреждение клеток, сопровождающееся усилением гликолиза, развитием ацидоза, увеличением проницаемости мембран и активацией лизосомальных ферментов, что приводит к некрозу. При реперфузии в клетках происходит усиление образования свободных радикалов вследствие притока кислорода, что</p>	<p>Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	---	--	--

		<p>приводит к запуску апоптоза.</p> <p>3. Какой тип клеточной гибели кардиомиоцитов является более оптимальным с биологической точки зрения и почему.</p> <p>Наиболее оптимальный способ гибели кардиомиоцитов – апоптоз, т.к. при нем сохраняется целостность клеточных мембран и отсутствует воспалительная реакция.</p>	
7.	<p>У больного с острым нарушением мозгового кровообращения удалось достичь снижения степени выраженности неврологической симптоматики путем применения препаратов, нормализующих функционирование митохондрий клеток и препятствующих активации</p>	<p>1. Данные препараты препятствуют развитию апоптоза.</p> <p>2. При нарушении работы митохондрий происходит выход митохондриального белка цитохрома С в</p>	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. —</p>

	<p>каспаз.</p> <p>1. Объясните, с какой целью проведено лечение указанными препаратами.</p> <p>2. Объясните, какова роль митохондриальной дисфункции и повышения специфической активности протеаз (каспаз) в клетках в патогенезе клеточной гибели, индуцированной ишемией/реперфузией.</p> <p>3. Как вы считаете, будет ли оправдано применение препаратов, регулирующих поступление в клетки кальция или его депонирование во внутриклеточных органеллах, и почему.</p>	<p>цитоплазму, который взаимодействует с каспазой-9 и формирует комплекс активации эффекторных каспаз. Каспазы являются непосредственными исполнителями процесса «умертвления» клетки - подвергают протеолитическому расщеплению различные белки, в том числе белки цитоскелета, ядра, регуляторные белки и ферменты.</p> <p>3. Применение препаратов регулирующих поступление в клетки кальция или его депонирование во внутриклеточных органеллах будет оправдано в связи с тем, что в реализации</p>	<p>79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>
--	---	---	--

		<p>апоптоза участвуют Ca^{2+}, Mg^{2+}-зависимые эндонуклеазы и другие Ca^{2+}-зависимые ферменты.</p>	
8.	<p>В эксперименте кратковременная гипертермия гепатоцитов (+42°C, 30 мин) приводит к значительному снижению токсического действия гепатотропного яда (акриламида), регистрируемого по цитолизу гепатоцитов, накоплению продуктов перекисного окисления липидов мембран, продуктов окисления и агрегации белков гепатоцитов. Этот эффект развивается в период с 6 по 48 часы после гипертермии и блокируется препаратами-ингибиторами белкового синтеза.</p> <p>1. Объясните, за счет каких механизмов осуществляется протекторное действие гипертермии в гепатоцитах.</p> <p>2. Приведите примеры возможного использования</p>	<p>1. При повышении температуры происходит увеличение синтеза белков теплового шока.</p> <p>2. Умеренное повышение температуры тела стимулирует адаптивные процессы в организме:</p> <ul style="list-style-type: none"> • специфические и неспецифические механизмы системы ИБН. • пластические и репаративные процессы в костях, тканях и паренхиматозных органах (при их 	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>

	<p>этого эффекта в клинической практике.</p> <p>3. Какова функция шаперонов?</p>	<p>деструкции, повреждении, дистрофиях, после хирургических вмешательств).</p> <p>Местную гипертермию в комплексе с другими методами лечения, воспроизводят для стимуляции регионарных механизмов защиты (иммунных и неиммунных), репарации и кровообращения.</p> <p>Местную гипертермию индуцируют при хронических воспалительных процессах, эрозиях и язвах кожи, подкожной клетчатки, а также при отдельных разновидностях злокачественных новообразованиях</p>	
		<p>3. Шапероны (или</p>	

		<p>белки теплового шока) являются белками, которые помогают сворачиванию нативных или денатурированных белков.</p>	
9.	<p>У ребенка с гемолитической анемией обнаружена склонность к частым инфекционным заболеваниям, отмечается задержка умственного развития. При комплексном обследовании обнаружен наследственный дефект гена, кодирующего глутатион-синтазу.</p> <p>1. Объясните патогенетическую связь между недостаточностью глутатион-синтазы и обнаруженными клиническими симптомами.</p> <p>2. Как называется состояние, характеризующееся развитием дисбаланса в окислительно-восстановительной системе</p>	<p>1. Недостаточность глутатион-синтазы приводит к снижению образования глутатиона, и следовательно к снижению антиоксидантной защиты, в результате чего усиливается свободно-радикальное повреждение клеток.</p> <p>2. Окислительный стресс.</p> <p>3. Основные источники свободных радикалов – специализированные ферментные системы</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

	<p>клеток? 3. Перечислите основные компоненты системы поддержания окислительно-восстановительного гомеостаза клеток.</p>	<p>фагоцитирующих клеток, дыхательная цепь, NO-синтаза и др.</p> <p>Антиоксидантная система включает в себя ферменты (супероксиддисмутаза, каталаза, глутатионпероксидаза, глутатионсинтаза и др.) и неферментативные антиоксиданты (глутатион, витамины А, Е, С, мочевиная кислота, тиол-содержащие соединения, спирты и др.).</p>	<p>9785970461396.htm 1</p>
--	--	---	--------------------------------

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Рак желудка. Распространение, этиология, патогенез. Гистологические формы.</p>	<p>Рак желудка — злокачественная опухоль, происходящая</p>	<p>Патолого-анатомическая диагностика рака</p>

	<p>Осложнения.</p>	<p>из эпителия слизистой оболочки желудка. Является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний. Может развиваться в любом отделе желудка и распространяться на другие органы, особенно пищевод, лёгкие и печень. К предраковым состояниям желудка относят хронический атрофический гастрит, пернициозную анемию (при ней постоянно развивается атрофический гастрит), хроническую язву желудка, аденомы желудка, культу желудка, болезнь Менетрие. «Злокачественный потенциал» каждого из предраковых состояний различен, но в сумме</p>	<p>желудка [Текст] : учеб. пособие / А.В. Смирнов [и др.]; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 44, [4] с. : ил. - Авт. кол. указан на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 44. - http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD own.asp?MacroName</p>
--	--------------------	---	--

		<p>они на 90-100% повышают вероятность возникновения рака желудка по сравнению с общей популяцией. К предраковым изменениям слизистой оболочки желудка относят кишечную метаплазию и тяжелую дисплазию.</p> <p>В зависимости от локализации рака в том или ином отделе желудка различают 6 его видов: пилорический (50%), малой кривизны тела с переходом на стенки (27%), кардиальный (15%), большой кривизны (3%), фундальный (2%) и тотальный (3%).</p> <p>Мультицентрический рак желудка встречается редко. Как видно, в 3/4 случаев рак локализуется в пилорическом отделе и</p>	
--	--	---	--

		<p>на малой кривизне желудка, что имеет несомненное диагностическое значение.</p> <p>В зависимости от характера роста выделяют следующие клиникоанатомические формы рака желудка.</p> <p>1. Рак с преимущественно экзофитным экспансивным ростом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бляшковидный рак; 2. полипозный рак (в том числе развившийся из аденоматозного полипа желудка); 3. фунгозный (грибовидный) рак; 4. изъязвленный рак (зло-качественные язвы); <p>* первично-язвенный рак желудка;</p> <p>* блюдцеобразный рак (рак-язва);</p> <p>* рак из хронической язвы (язва-рак).</p>	
--	--	---	--

		<p>2. Рак с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. инфильтративно-язвенный рак; 2. диффузный рак (с ограниченным или тотальным поражением желудка). 3. Рак с экзоэндофитным, смешанным, характером роста: переходные формы. <p>Руководствуясь особенностями микроскопического строения, различают следующие гистологические типы рака желудка: аденокарциному (тубулярную, папиллярную, муцинозную), недифференцированны й (солидный,</p>	
--	--	--	--

		<p>скиррозный, перстневидно-клеточный), плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный (аденоканкроид) и неклассифицируемый рак.</p> <p>Патологическая анатомия.</p> <p>Бляшковидный рак (уплощенный, поверхност-ный, стелящийся) встречается в 1-5% случаев рака желудка и является наиболее редкой формой. Опухоль находят чаще в пилорическом отделе, на малой или большой кривизне в виде небольшого, длиной 2-3 см, бляшковидного утолщения слизистой оболочки.</p> <p>Подвижность складок слизистой оболочки в этом месте несколько</p>	
--	--	---	--

		<p>ограничена, хотя опухоль редко прорастает подслизистый слой. Гистологически бляшковидный рак обычно имеет строение аденокарциномы, реже – недифференцированного рака.</p> <p>Полипозный рак составляет 5% случаев карциномы желудка. Он имеет вид узла с ворсинчатой поверхностью диаметром 2-3 см, который располагается на ножке. Ткань опухоли серо-розовая или серо-красная, богата кровеносными сосудами. Иногда полипозный рак развивается из аденоматозного полипа желудка, однако чаще он представляет следующую фазу</p>	
--	--	--	--

		<p>экзофитного роста бляшковидного рака. При микроскопическом исследовании чаще обнаруживают аденокарциному, иногда — недифференцированны й рак. Фунгозный (грибовидный) рак встречается в 10% случаев. Как и полипозный рак, он имеет вид узловатого, бугристого (реже с гладкой поверхностью) Образования, сидящего на коротком широком основании. На поверхности опухолевого узла нередко встречаются эрозии, кровоизлияния или фибринозно- гнойные наложения. Опухоль мягкая, серо- розовая или серо- красная, хорошо отграничена.</p>	
--	--	---	--

		<p>Фунгозный рак можно рассматривать как фазу экзофитного роста полипозного рака, поэтому при гистологическом исследовании он представлен теми же типами карциномы, что и полипозный.</p> <p>Изъязвленный рак встречается очень часто (более чем в 50% случаев рака желудка). Он объединяет различные по генезу злокачественные изъязвления желудка, к которым относят первично-язвенный рак, блюдцеобразный рак (ракязва) и рак из хронической язвы (язва-рак).</p> <p>Первично-язвенный рак желудка мало изучен. Обнаруживают его редко. К этой форме относятся экзофитный рак с изъязвлением в</p>	
--	--	---	--

		<p>самом начале его развития (бляшковидный рак), образованием острой, а затем хронической раковой язвы, которую трудно отличить от язвы-рака. При микроскопическом исследовании чаще обнаруживается недифференцированный рак.</p> <p>Блюдцеобразный рак (рак-язва) – одна из самых частых форм рака желудка. Возникает при изъязвлении экзофитно растущей опухоли (полипозный или фунгозный рак) и представляет собой округлое образование, достигающее иногда больших размеров, с валикообразными белесоватыми краями и изъязвлением в центре. Дном язвы могут быть</p>	
--	--	--	--

		<p>соседние органы, в которые опухоль врастает.</p> <p>Гистологически чаще представлен аденокарциномой, реже – недифференцированным раком.</p> <p>Язва-рак развивается из хронической язвы желудка, поэтому она встречается там, где обычно локализуется хроническая язва, т. е. на малой кривизне.</p> <p>Отличают язву-рак от блюдцеобразного рака признаки хронической язвы: обширное разрастание рубцовой ткани, склероз и тромбоз сосудов, разрушение мышечного слоя в рубцовом дне язвы и, наконец, утолщение слизистой оболочки вокруг язвы. Эти признаки остаются при малигнизации</p>	
--	--	--	--

		<p>хронической язвы. Особое значение придают тому факту, что при блюдцеобразном раке мышечный слой сохраняется, хотя он и бывает инфильтрирован опухолевыми клетками, а при язве-раке – разрушается рубцовой тканью. Опухоль растет преимущественно экзофитно в одном из краев язвы или вдоль всей ее окружности. Чаще имеет гистологическое строение аденокарциномы, реже – недифференцированного рака. Инфильтративно-язвенный рак встречается в желудке довольно часто. Эту форму характеризуют выраженная канкрозная</p>	
--	--	--	--

		<p>инфильтрация стенки и изъязвление опухоли, которые во временной последовательности могут конкурировать: в одних случаях это позднее изъязвление массивных эндофитных карцином, в других – эндофитный рост опухоли из краев злокачественной язвы. Поэтому морфология инфильтративно-язвенного рака необычайно разнообразна – это небольшие язвы различной глубины с обширной инфильтрацией стенки или огромные изъязвления с бугристым дном и плоскими краями. При гистологическом исследовании обнаруживается как аденокарцинома, так и недифференцированны</p>	
--	--	--	--

		<p>й рак. Диффузный рак наблюдается в 20-25% случаев. Опухоль растет эндифтно в слизистом, подслизистом и мышечном слоях по ходу соединительнотканых прослоек. Стенка желудка при этом становится утолщенной, плотной, белесоватой и неподвижной. Слизистая оболочка утрачивает свой обычный рельеф: поверхность ее неровная, складки неравномерной толщины, нередко с мелкими эрозиями. Поражение желудка может быть ограниченным (в этом случае опухоль находят чаще всего в пилорическом отделе)</p>	
--	--	--	--

		или тотальным (опухоль охватывает стенку желудка на всем протяжении). По мере роста опухоли стенка желудка иногда сморщивается, размеры его уменьшаются, просвет суживается. Диффузный рак обычно представлен вариантами недифференцированной карциномы.	
7.	Хронический гломерулонефрит. Определение, микроскопическая характеристика.	Хронический гломерулонефрит – самостоятельное заболевание, протекающее латентно или с рецидивами, растягивающееся иногда на многие годы и за-канчивающееся хронической почечной недостаточностью. Причина развития хронического гломерулонефрита обычно неясна, но	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст :

		<p>механизм его развития хо-рошо изучен: в 80-90% случаев он связан с циркулирующими иммунными комплексами. Хронический гломерулонефрит представлен двумя морфологическими типами – мезангиальным и фибропластическим (склерозирующим). Мезангиальный гломерулонефрит развивается в связи с пролиферацией мезангиоцитов в ответ на отложения под эндотелием и в мезангии иммунных комплексов. При этом отмечается расширение мезангия сосудистого пучка клубочков и накопление в нем матрикса. При пролиферации мезангиоцитов их</p>	<p>электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	---

		<p>отростки выселяются на периферию капиллярных петель (интерпозиция мезангия), что ведет к "отслойке" эндотелия от мембраны и под световым микроскопом определяется как утолщение, двухконтурность или расщепление базальной мембраны капилляров.</p> <p>Для мезангиального гломерулонефрита характерны изменения не только клубочков, но и канальцев (дистрофия, атрофия) и стромы (клеточная инфильтрация, склероз).</p> <p>Фибропластический (склерозирующий) гломерулонефрит представляет собой собирательную форму, при которой склероз и гиалиноз капиллярных</p>	
--	--	--	--

		<p>петель и образование спаек в полости капсулы завершают изменения, свойственные другим морфологическим типам нефрита. В тех случаях, когда фибропластической трансформации подвергается большинство клубочков, говорят о диффузном, а часть клубочков – об очаговом фибропластическом гломерулонефрите. При фибропластическом гломерулонефрите, особенно диффузном, выражены дистрофические и атрофические изменения канальцев, склероз стромы и сосудов почек. Почки при фибропластическом</p>	
--	--	---	--

		<p>(диффузном) гломерулонефрите могут быть несколько уменьшены, с намечающимися мелкими западениями на поверхности; они, как правило, плотные, серо-красные. Хронический гломерулонефрит, как правило, претерпевает эволюцию во вторичное (нефритическое) сморщивание почек (вторично-сморщенные почки). Размеры почек уменьшаются, они становятся плотными, поверхность их мелкозернистая (при равномерном сморщивании – гладкая). Зернистый характер поверхности почек объясняется тем, что участки склероза и атрофии (западения) чередуются с</p>	
--	--	---	--

		<p>участками гипертрофированных нефронов (выбухания). На разрезе слой почечной ткани тонкий, причем особенно истончено корковое вещество; ткань почек сухая, малокровная, серого цвета.</p> <p>При микроскопическом исследовании в запавших участках отмечаются атрофия клубочков и канальцев, замещение их соединительной тканью. Клубочки превращаются в рубчики (гломерулосклероз) или гиалиновые шарики (гломерулогиалиноз). Хронический гломерулонефрит, роизирует появление уремии. Происходит</p>	
--	--	--	--

		интоксикация организма азотистыми шлаками, которые вовремя не выводятся с мочой из-за нарушений в работе почек.	
8.	Полип эндометрия. Гистологические формы, классификация, закономерности метастазирования, прогноз.	Полипы эндометрия представляют собой очаговую гиперплазию эндометрия. Развиваются они вследствие пролиферации желез базального слоя эндометрия на ножке, состоящей из фиброзной и гладкомышечной ткани. <u>Патогенезе полипов эндометрия</u> ведущую роль играют те же факторы, что и в патогенезе гиперплазии эндометрия, т. е. нарушение гормонального баланса	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

		<p>эстрогенов и прогестерона.</p> <p>В репродуктивном возрасте возникновение полипов может быть связано с локальными повреждающими воздействиями на эндометрий - медицинскими абортами, выскабливанием, внутриматочными вмешательствами, воспалительными заболеваниями.</p> <p>Выделяют железистые, железисто-фиброзные и фиброзные полипы.</p> <p><u>Железистые полипы</u> состоят из стромы и желез, просвет которых может быть расширен (железисто-кистозный</p>	
--	--	--	--

		<p>полип). Железистый компонент преобладает над стромальным. Железы располагаются под углом друг к другу в различных направлениях с неодинаковой длиной, выстланы эпителием пролиферативного типа. В строме много клеток, рыхлой соединительной ткани с клубками кровеносных сосудов в основании и ножке.</p> <p><u>Железисто-фиброзные полипы</u> состоят из соединительнотканной стромы и ограниченного количества желез, в которых железистый эпителий чередуется с нефункционирующим.</p> <p><u>В фиброзных</u></p>	
--	--	---	--

		<p><u>полипах</u> больше содержится соединительной ткани, желез очень мало или они отсутствуют; железы выстланы нефункционирующим эпителием. Отмечается небольшое количество сосудов со склерозированными стенками.</p> <p><u>Рак</u> <u>(эндометрия)</u> Рак эндометрия чаще имеет вид экзофитной опухоли, эндофитная и язвенно-инфильтративная формы ее встречаются реже. Локализуется он преимущественно у дна; при распространении процесс поражает стенки матки, иногда</p>	
--	--	---	--

		<p>переходит на цервикальный канал.</p> <p>По гистологическому построению чаще встречаются такие формы рака: злокачественная аденома, железистый рак, аденоакантома.</p> <p><u>Злокачественная аденома</u> — высокодифференцированная форма раковой опухоли, которая редко встречается. Чаще всего возникает в виде изолированного очага. Злокачественный характер этой формы проявляется в ее инфильтративном росте в эндометрий.</p> <p>Злокачественная аденома представляет собой начальную переходную форму</p>	
--	--	---	--

		<p>железистого рака. Прогноз наиболее благоприятный.</p> <p><u>Железистый рак (аденокарцинома)</u> в зависимости от степени дифференциации клеточных элементов бывает разной степени зрелости: высокодифференцированный рак; рак средней степени дифференциации (железисто-солидный) малодифференцированных и низкодифференцированный рак.</p> <p><u>Аденоакантома (аденоканкроид)</u> представляет собой форму железистого рака с образованиями на отдельных участках ткани</p>	
--	--	--	--

		<p>плоскоклеточного характера. Встречается довольно редко. Это наиболее злокачественная форма опухоли. Прогноз, как правило, неблагоприятный.</p> <p>Метастазирования рака эндометрия происходит тремя путями: лимфогенным (основной), гематогенным и имплантационным.</p> <p>Лимфогенным путем рак тела матки метастазирует в региональные пары атральные, подвздошные и парааортальные лимфатические узлы. Отдаленные метастазы, которые появляются в запущенных стадиях,</p>	
--	--	---	--

		проникают в паховые и надключичные лимфатические узлы.	
9.	Опухоли центральной нервной системы. Классификация, гистогенез и дифференцировка, номенклатура. Опухоли из нейроэпителиальной ткани: астроцитомы, олигодендроглиомы, эпендимомы, ганглиомы, глиобластомы, медуллобластомы. Опухоли мозговых оболочек (менингиомы), сосудистого происхождения. Метастатические опухоли. Морфологическая характеристика, осложнения.	Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) занимают особое место среди новообразований человека. Это обусловлено рядом обстоятельств, основным из которых является локализация патологического процесса. Беспрепятственный и часто инфильтративный рост опухолей в пределах полости черепа и позвоночного канала приводит к разрушению жизненно важных структур, что	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html

		<p>свидетельствует о клинической злокачественности всех, без исключения, новообразований ЦНС.</p> <p>Все опухоли и опухолеподобные процессы ЦНС разделены на 7 групп:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нейроэпителиальные опухоли; 2. Опухоли черепных и спинномозговых нервов; 3. Менингососудистые опухоли (менинготелиальные и мезенхимальные неменинготелиальные, первичные меланоцитарные и опухоли неизвестного гистогенеза); 4. Лимфомы и 	
--	--	--	--

		<p>гемопоэтические опухоли;</p> <p>5. Герминоклеточные опухоли;</p> <p>6. Опухоли селезённой области;</p> <p>7. Метастатические опухоли;</p> <p>Астроцитарные опухоли</p> <p>Составляют около 40% всех новообразований ЦНС и чрезвычайно разнообразны по морфологическому строению и биологическому поведению. Их можно разделить на две подгруппы. В первую входят астроцитомы (фибрилярная, протоплазматическая и гемистоцитарная),</p>	
--	--	---	--

		<p>анапластическая астроцитома и глиобластома. Для них характерен инфильтративный рост и тесная взаимосвязь, отражающая последовательные этапы опухолевой трансформации. В противоположность им представители второй подгруппы (пилоцитарная астроцитома, плеоморфная ксантоастроцитома и субэпендимарная гигантоклеточная астроцитома) растут преимущественно экспансивно и имеют относительно благоприятный прогноз.</p> <p>Олигодендроглиома –</p>	
--	--	--	--

		<p>опухоль, состоящая преимущественно из неопластических олигодендроцитов. Эта относительно редкая глиома (5% всех глиальных опухолей ЦНС) локализуется преимущественно в белом веществе полушарий и базальных ганглиях, часто прорастая в кору. Реже опухоль встречается в спинном мозге и структурах задней черепной ямки.</p> <p>Микроскопически большинство олигодендроглиом умеренно или густоклеточные. Опухолевые клетки в типичных случаях мономорфные с артефициально</p>	
--	--	--	--

		<p>набухшей прозрачной цитоплазмой, окружающей округлые ядра с мелкодисперсным хроматином. Характерна выраженная васкуляризация опухолевой ткани. При этом мелкие множественные сосуды имеют угло- или аркообразную форму.</p> <p>Эпендимомы составляют около 6% глиом. Считается, что они происходят из эпендимоцитов и субэпендимарных клеток, окружающих желудочки и центральный канал спинного мозга, а также из эпендимарных клеток концевой нити</p>	
--	--	---	--

		<p>(filum terminale) спинного мозга. Микроскопически опухоль умеренно клеточная, с низкой митотической активностью. Типичные гистологические признаки – эпендимарные и периваскулярные розетки. Эпендимарные розетки (истинные розетки) состоят из концентрически расположенных клеток, отростки которых формируют центрально расположенный канал. В ряде случаев в опухоли обнаруживаются образования, аналогичные по строению</p>	
--	--	--	--

		<p>эпендимарным розеткам, но в виде тубулярных структур.</p> <p>Медуллобластома – злокачественная эмбриональная опухоль, локализуемая в мозжечке и состоящая преимущественно из густо расположенных клеток с округлыми, овальными или моркововидными ядрами и скудной цитоплазмой.</p> <p>Предположительный источник опухолевого роста – клетки зародышевых слоев мозжечка (субэпендимарного и наружного зернистого).</p> <p>Глиобластома относится к новообразованиям IV</p>	
--	--	---	--

		<p>степени злокачественности. Она быстро растёт и даёт метастазы в пределах головного мозга, реже во внутренние органы. Вариантами этой опухоли могут быть гигантоклеточная глиобластома и глиосаркома.</p>	
10.	<p>Туберкулёз. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез. Классификация (первичный, гематогенный, вторичный). Гистологическая картина.</p>	<p>Туберкулез – это хроническое инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза. Патологоанатомически выделяют 3 основных вида:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичный туберкулез; 2) гематогенный туберкулез; 3) вторичный 	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст :</p>

		<p>туберкулез. Классическая форма морфологического проявления первичного туберкулеза – первичный туберкулезный комплекс. В 90 % случаев очаги формирования первичного туберкулезного комплекса – это верхние и средние отделы легких, но возможно и в тонкой кишке, костях и т. д. В первичном легочном аффекте развивается альвеолит, который быстро сменяется типичным раз-вити-ем творожистого некроза. В центре первичного аффекта формируется казеоз, по периферии – элементы неспецифического воспаления. Первичный легочный</p>	<p>электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	---	---

		<p>очаг чаще всего располагается непосредственно под плеврой, поэтому плевра часто вовлекается в специфический процесс. В лимфатических сосудах происходят расширение-инфильтрация стенок и появление бугорков. В регионарных лимфатических узлах возникают элементы воспаления, переходящие в специфические казеозные изменения с некрозом. Перифокальное воспаление вокруг лимфатических узлов распространяется на клетчатку средостения и прилежащую легочную ткань. По тяжести поражения процесс в</p>	
--	--	--	--

		<p>лимфатических узлах превосходит изменения в области первичного аффекта, поэтому репаративные изменения в лимфатических узлах протекают медленнее. Выделяются 4 фазы течения первичного туберкулеза легких:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пневмоническая; 2) фаза рассасывания; 3) фаза уплотнения; 4) формирование очага Гопа. <p>В первой фазе (пневмоническая) определяется очаг бронхолобулярной пневмонии (легочного аффекта) величиной от 1,5–2 до 5 см. Форма легочного аффекта – округлая или неправильная, характер неоднородный, контуры размытые. Одновременно определяются</p>	
--	--	--	--

		<p>увеличенные прикорневые лимфатические узлы, усиление бронхо-сосудистого рисунка между очагом и корнем легкого – лимфангит. Во второй фазе рассасывания (биполярности) наблюдается уменьшение зоны перифокального воспаления, яснее выявляется центрально расположенный казеозный очаг. Уменьшаются воспалительные изменения в регионарных лимфатических узлах в районе бронхолегочных сосудов. В третьей фазе (уплотнения) первичный очаг хорошо очерчен, контуры его четкие, по</p>	
--	--	---	--

		<p>периферии очага берет начало кальцинация в виде мелких крошек; краевая кальцинация присутствует и в бронхопульмональных лимфатических узлах. При четвертой фазе (формирование очага Гона) на месте очага бронхолобулярной пневмонии кальцинация становится компактной, очаг приобретает округлую форму и ровные четкие контуры, величина его не превышает 3–5 мм. Такое образование называется очагом Гона.</p> <p>Исходы первичного туберкулезного комплекса:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заживление с инкапсуляцией, обызвествлением или окостенением; 2) прогрессирование с 	
--	--	---	--

		<p>развитием различных форм генерализации, присоединением неспецифических осложнений типа ателектаза, пневмосклероза и пр. Гематогенная генерализация развивается при поступлении микобактерий туберкулеза в кровь. Обязательным условием для гематогенной генерализации является состояние гиперергии. В зависимости от состояния первичного туберкулезного комплекса различают раннюю генерализацию, проявляющуюся в виде:</p> <p>1) генерализованного милиарного туберкулеза с</p>	
--	--	---	--

		<p>массивным высыпанием продуктивных или экссудативных узелков во всех органах; 2) очагового туберкулеза с образованием в разных органах до 1 см в диаметре казеозных очагов. Очаги гематогенной генерализации могут явиться источником развития туберкулеза в различных органах. При прогрессировании гематогенно- диссеминированного туберкулеза формируются каверны. Каверны образуются в результате творожистого распада и расплавления некротических масс. При гематогенной форме туберкулеза легких каверны бывают</p>	
--	--	--	--

		<p>тонкостенными, множественными и располагаются симметрично в обоих легких. В происхождении таких каверн играют роль повреждение кровеносных сосудов, их тромбоз и облитерация. Нарушается питание пораженных участков легких и формируется деструкция по типу трофических язв. С образованием каверн открывается возможность бронхогенного обсеменения здоровых участков легких. Различают 7 форм вторичного туберкулеза: острый очаговый, фибринозо-очаговый, инфильтративный, острый кавернозный, цирротический</p>	
--	--	---	--

		туберкулез, казеозную пневмонию и туберкулому.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	3 - навыками клинико-анатомического анализа.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ 1) легочная недостаточность 2) почечная недостаточность 3) печеночная недостаточность	4) кровоизлияние в головной мозг	Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл.

	<p>4) кровоизлияние в головной мозг 5) легочно-сердечная недостаточность 6) печеночно-почечная недостаточность 7) сердечно-сосудистая недостаточность</p>		<p>ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
2.	<p>САМОЙ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ТЕЛА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) фибромиома 2) лейомиосаркома 3) полип эндометрия</p>	1) фибромиома	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЫ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1) кахексия 2) ожирение 3) остеопатия 4) спазм сосудов 5) бактериальное обсеменение	2) ожирение 5) бактериальное обсеменение	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1
2.	СИМПТОМЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА 1) гиперурикемия	2) гиперлипидемия 3) гипоальбуминемия 4) массивная	Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник

	<p>2) гиперлипидемия 3) гипоальбуминемия 4) массивная протеинурия 5) генерализованные отеки 6) массивная макрогематурия</p>	<p>протеинурия 5) генерализованные отеки</p>	<p>/ А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
	<p>Установите последовательность/Сопоставьте понятия</p>		
1.	<p>1. При бронхиальной астме поражения локализируются в 2. При эмфиземе легких поражения локализируются в</p> <p>А. Ацинусах Б. Бронхах</p>	<p>1Б 2А</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия</p>

			<p>"Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Больной страдал ревматическим митральным пороком сердца. В клинике выражены явления хронической сердечно-сосудистой недостаточности: одышка, цианоз, отеки, отеки нижних конечностей, увеличена печень. При кашле выделяется мокрота с бурым оттенком. Смерть наступила от</p>	<p>Решение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Общее венозное полнокровие. 2. Бурая индурация. 3. Гемосидероз, склероз. 4. Гипоксия. 5. Диапедезные 	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>сердечной недостаточности.</p> <p>1. О каком нарушении кровообращения идет речь в данном случае?</p> <p>2. Какие макроскопические изменения могут быть обнаружены на вскрытии легких?</p> <p>3. Какие микроскопические изменения можно обнаружить в легких?</p> <p>4. Какой процесс активирует функцию фибробластов при хроническом венозном застое в легких?</p> <p>5. Что обуславливает развитие гемосидероза легких?</p>	<p>кровоизлияния.</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
7.	<p>При вскрытии трупа мужчины 56 лет, умершего от сердечной недостаточности, обнаружено значительное утолщение стенки правого желудочка до 1 см при массе сердца 460 г. Отмечена дилатация полостей правого предсердия и</p>	<p>1) гипертрофия 2) компенсаторная (рабочая) 3) стадия декомпенсации</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва :</p>

	<p>желудочка.</p> <p>1) Диагностируйте патологический процесс в сердечной мышце.</p> <p>2) Укажите его разновидность с учетом патогенеза.</p> <p>3) Назовите стадию патологического процесса.</p> <p>4) Какие микроскопические изменения сердечной мышцы могут подтвердить данную стадию процесса.</p> <p>5) При каких заболеваниях могут развиваться указанные изменения сердца?</p>	<p>4) жировая дистрофия кардиомиоцитов, склероз стромы</p> <p>5) хронические заболевания легких, пороки сердца</p>	<p>ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
8.	<p>На 15-й день с момента заболевания дифтерией у ребёнка 6 лет появились боли в сердце, определялись приглушенность тонов и расширение границ сердца. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности. На вскрытии сердце увеличено в размерах, дряблой консистенции, на разрезе серого цвета.</p>	<p>1)инфекционно-токсический, интерстициальный</p> <p>2) острая сердечная недостаточность вследствие миокардита, паренхиматозный неврит</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия</p>

	<p>1. Опишите микроскопические варианты острого дифтерийного миокардита.</p> <p>2. Расшифруйте понятия «ранний и поздний паралич сердца».</p> <p>3. Опишите этиологию заболевания.</p>	<p>3) коринобактерия (палочка дифтерии)</p>	<p>"Национальные руководства" - ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
<p>9.</p>	<p>В травматологическое отделение доставлен мальчик 10 лет с переломом бедренной кости. В области перелома костная ткань оказалась диффузно замещена кровоточащей опухолевой тканью красно-серого цвета. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль построена из атипичных сосудистых образований, эндотелий которых резко гиперхромный, с множеством митозов.</p> <p>1) Диагностируйте опухолевый процесс.</p> <p>2) Назовите группу опухолей по международной классификации.</p>	<p>1) ангиосаркома (злокачественная гемангиоэндотелиома)</p> <p>2) мезенхимальные</p> <p>3) инфильтрирующий</p> <p>4) кровеносные сосуды</p> <p>5) гематогенный</p>	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	<p>3) Определите тип роста опухоли.</p> <p>4) Уточните источник развития опухоли.</p> <p>5) Укажите преобладающий путь метастазирования таких опухолей.</p>		
10.	<p>Больная жаловалась на наличие плотного опухолевидного узла в молочной железе. Произведена секторальная резекция железы, ткань ее послана на гистологическое исследование. Обнаружен опухолевой узел</p> <p>диаметром 2 см, плотный, в капсуле, на разрезе бело-розовый, тяжистый. Опухоль представлена щелевидными железистыми компонентами, сдавленными разрастающейся соединительной тканью, которая преобладает над паренхимой.</p>	<p>1.Фиброаденома.</p> <p>2.Интраканаликулярная</p> <p>3.Доброкачественная.</p>	<p>Патологическая анатомия : учебное пособие / М. В. Завьялова, Ю. М. Падеров, С. В. Вторушин [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2017. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105922</p>

	<p>1. Какая опухоль обнаружена в молочной железе, дайте название?</p> <p>2. Вид этой опухоли в зависимости от особенностей разрастания соединительной ткани?</p> <p>3.Доброкачественная или злокачественная опухоль?</p>		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	<p>Воспаление: определение, сущность и биологическое значение. Клеточные и молекулярные процессы при воспалении. Механизмы увеличения сосудистой проницаемости. Механизмы и стадии миграции лейкоцитов. Хемотаксис. Фагоцитоз (стадии), завершённый и незавершённый фагоцитоз. Механизмы формирования макрофагального инфильтрата при хроническом воспалении.</p>	<p><i>Воспаление</i> - комплексная местная сосудисто-мезенхимальная реакция на повреждение ткани, вызванное действием различного рода агентов. Эта реакция направлена на уничтожение агента, вызвавшего</p>	<p>Пауков, В. С. Курс общей патологической анатомии : учебное пособие : видеоролики / Пауков В. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN --2421. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

		<p>повреждение, и на восстановление поврежденной ткани. Воспаление - реакция, выработанная в ходе филогенеза, имеет защитно-приспособительный характер и несет в себе элементы не только патологии, но и физиологии. Такое двойственное значение для организма воспаления - своеобразная его особенность.</p> <p>Еще в конце XIX столетия И.И. Мечников считал, что воспаление - это приспособительная и выработанная в ходе эволюции реакция организма и одним из важнейших ее</p>	<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2421.html</p>
--	--	---	---

		<p> проявлений служит фагоцитоз микрофагами и макрофагами патогенных агентов и обеспечение таким образом выздоровления организма. Но репаративная функция воспаления была для И.И. Мечникова сокрыта. Подчеркивая защитный характер воспаления, он в то же время полагал, что целительная сила природы, которую и представляет собой воспалительная реакция, не есть еще приспособление, достигшее совершенства. По мнению И.И. Мечникова, доказательством этого </p>	
--	--	--	--

		<p>являются частые болезни, сопровождающиеся воспалением, и случаи смерти от них.</p> <p>Альтерация, расстройства микроциркуляции (с экссудацией и эмиграцией) и пролиферация являются основными компонентами или внутренними признаками воспаления. Кроме того, очаг воспаления характеризуется пятью внешними (местными) проявлениями: краснотой (<i>rubor</i>), припухлостью (<i>tumor</i>), повышением температуры, или жаром (<i>calor</i>), болезнен</p>	
--	--	--	--

	<p>ностью, или болью (<i>dolor</i>), нарушением функции <i>functio laesa</i>). Эти признаки особенно хорошо определяются, когда очаг воспаления находится на наружных покровах.</p> <p>Воспаление может проявляться не только местными, но и общими признаками, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса.</p> <p>Общие проявления воспаления включают лихорадку, реакции кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза, повышенную скорость</p>	
--	---	--

		<p>оседания эритроцитов, ускоренный обмен веществ, измененную иммунологическую реактивность, явления интоксикации организма.</p> <p>Воспаление относится к числу наиболее распространенных типовых патологических процессов.</p> <p>Одновременно оно представляет собой важную защитно-приспособительную реакцию, эволюционно сформировавшуюся как способ сохранения целого организма ценой повреждения его части. С помощью воспаления обеспечиваются</p>	
--	--	--	--

		<p>локализация и элиминация воспалительного агента и (или) поврежденной под его воздействием ткани.</p> <p>Этиология воспаления</p> <p>Вызывающие воспаление факторы могут быть биологическими, физическими (в том числе травматическими), химическими; по происхождению они эндогенные или экзогенные.</p> <p><i>Среди биологических факторов наибольшее значение имеют</i></p>	
--	--	---	--

		<p>вирусы, бактерии, грибы и животные паразиты. К биологическим причинам воспаления могут быть отнесены циркулирующие в крови антитела и иммунные комплексы, которые состоят из антигена, антител и компонентов комплемента, причем антиген может быть немикробной природы.</p> <p><i>К физическим факторам</i>, вызывающим воспаление, относят лучевую и электрическую энергию, высокие и низкие температуры, различного рода травмы.</p> <p><i>Химическими</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>факторами</i> воспаления могут быть различные химические вещества, токсины и яды.</p> <p>Развитие воспаления определяется не только воздействием того или иного этиологического фактора, но и особенностью реактивности организма.</p> <p>Морфология и патогенез воспаления</p> <p><i>Воспаление</i> может выражаться образованием микроскопического очага или обширного участка, иметь не только очаговый, но и диффузный характер. Иногда воспаление возникает в <i>системе</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>тканей</i>, тогда говорят о <i>системных</i> воспалительных поражениях (ревматические болезни при системном воспалительном поражении соединительной ткани, системные васкулиты и др.). Иногда провести грань между локализованным и системным воспалительным процессом бывает трудно.</p> <p>Воспаление развивается на территории <i>гистиона</i> и складывается из следующих последовательно развивающихся фаз: 1) альтерация; 2) экссудация; 3) пролиферация</p>	
--	--	--	--

		<p>гематогенных и гистиогенных клеток и, реже, паренхиматозных клеток (эпителия). Взаимосвязь этих фаз показана на схеме IX.</p> <p>Альтерация - повреждение ткани, является <i>инициальной фазой</i> воспаления и проявляется различного вида дистрофией и некрозом. В эту фазу воспаления происходит выброс биологически активных веществ - медиаторов воспаления. Это - пусковой механизм воспаления, определяющий кинетику воспалительной реакции.</p> <p>Медиаторы воспаления</p>	
--	--	--	--

		<p>могут быть плазменного (гуморального) и клеточного (тканевого) происхождения. Медиаторы плазменного происхождения - это представители калликреин-кининовой (кинины, калликреины), свертывающей и противосвертывающей (XII фактор свертывания крови, или фактор Хагемана, плазмин) и комплементарной (компоненты C₃-C₅) систем. Медиаторы этих систем повышают проницаемость микрососудов, активируют хемотаксис полиморфно-ядерных лейкоцитов, фагоцитоз</p>	
--	--	---	--

		<p>и внутрисосудистую коагуляцию (схема X).</p> <p>Экссудация - фаза, быстро следующая за альтерацией и выбросом медиаторов. Она складывается из ряда стадий: реакция микроциркуляторного русла с нарушениями реологических свойств крови; повышение сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла; экссудация составных частей плазмы крови; эмиграция клеток крови; фагоцитоз; образование экссудата и воспалительного клеточного</p>	
--	--	---	--

		<p>инфильтрата.</p> <p><i>Реакция микроциркуляторного русла с нарушениями реологических свойств крови</i> - один из ярких морфологических признаков воспаления.</p> <p>Изменения микрососудов начинаются с рефлекторного спазма, уменьшения просвета артериол и прекапилляров, которое быстро сменяется расширением всей сосудистой сети зоны воспаления и прежде всего посткапилляров и венул. <i>Воспалительная гиперемия</i> обуславливает повышение температуры (<i>calor</i>) и покраснение (<i>rubor</i>) воспаленного участка. При</p>	
--	--	---	--

		<p>начальном спазме ток крови в артериолах становится ускоренным, а затем замедленным. В лимфатических сосудах, как и в кровеносных, вначале происходит ускорение лимфотока, а затем его замедление. Лимфатические сосуды переполняются лимфой и лейкоцитами.</p> <p>В бессосудистых тканях (роговица, клапаны сердца) в начале воспаления преобладают явления альтерации, а затем происходит врастание сосудов из соседних областей (это происходит очень быстро) и включение их в воспалительную</p>	
--	--	--	--

		<p>реакцию.</p> <p>Изменения реологических свойств крови состоят в том, что в расширенных венулах и посткапиллярах при замедленном токе крови нарушается распределение в кровяном потоке лейкоцитов и эритроцитов. Полиморфно-ядерные лейкоциты (нейтрофилы) выходят из осевого тока, собираются в краевой зоне и располагаются вдоль стенки сосуда. Крае-</p> <p>вое расположение нейтрофилов сменяется их <i>краевым</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>стоянием, которое предшествует эмиграции и за пределы сосуда.</i></p> <p>Изменения гемодинамики и сосудистого тонуса в очаге воспаления приводят к <i>стазу</i> в посткапиллярах и венах, который сменяется <i>тромбозом</i>.</p> <p>Те же изменения возникают и в лимфатических сосудах. Таким образом, при продолжающемся притоке крови в очаг воспаления отток ее, а также лимфы нарушается. Блокада отводящих кровеносных и лимфатических сосудов позволяет очагу воспаления выполнять</p>	
--	--	--	--

		<p>роль барьера, предупреждающего генерализацию процесса.</p> <p><i>Повышение сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла является одним из существенных признаков воспаления. Вся гамма тканевых изменений, своеобразие форм воспаления в значительной мере определяются состоянием сосудистой проницаемости, глубиной ее повреждения. Большая роль в осуществлении повышенной проницаемости сосудов микроциркуляторного русла принадлежит поврежденным</i></p>	
--	--	---	--

		<p>ультраструктурам клеток, что приводит к усилению микроиноцитоза. С повышенной сосудистой проницаемостью связаны <i>экссудация в ткани и полости жидких частей плазмы, эмиграция клеток крови, образование экссудата (воспалительного выпота) и воспалительного клеточного инфильтрата.</i></p> <p>Пролиферация (размножение) клеток является завершающей фазой воспаления, направленной на восстановление поврежденной ткани. Возрастает число</p>	
--	--	---	--

		<p>мезенхимальных камбиальных клеток, В- и Т-лимфоцитов, моноцитов. При размножении клеток в очаге воспаления наблюдаются клеточные дифференцировки и трансформации (схема XII): камбиальные мезенхимальные клетки дифференцируются в <i>фибробласты</i>; В-лимфоциты</p> <p>На различных этапах пролиферации фибробластов образуются <i>продукты</i> их деятельности - белок <i>коллаген</i> и <i>гликозаминогликаны</i>, появляются <i>аргирофильные</i> и <i>коллагеновые волокна</i>,</p>	
--	--	---	--

		<p><i>межклеточное вещество</i> соединительной ткани.</p> <p>В процессе пролиферации при воспалении участвует и <i>эпителий</i> (см. схему XII), что особенно выражено в коже и слизистых оболочках (желудок, кишечник). При этом пролиферирующий эпителий может образовывать полипозные разрастания. Пролиферация клеток на поле воспаления служит репарации. При этом дифференцировка пролиферирующих эпителиальных структур возможна лишь при созревании и дифференцировке</p>	
--	--	---	--

		<p>соединительной ткани (Гаршин В.Н., 1939).</p> <p>Воспаление со всеми его компонентами появляется только на поздних этапах внутриутробного развития.</p> <p>Исход воспаления различен в зависимости от его этиологии и характера течения, состояния организма и структуры органа, в котором оно развивается. Продукты тканевого распада подвергаются ферментативному расщеплению и фагоцитарной резорбции, происходит рассасывание продуктов распада. Благодаря клеточной</p>	
--	--	--	--

		<p>пролиферации очаг воспаления постепенно замещается клетками соединительной ткани. Если очаг воспаления был небольшим, может наступить полное восстановление предшествующей ткани. При значительном дефекте ткани на месте очага образуется рубец.</p> <p>Терминология и классификация воспаления</p> <p>В большинстве случаев наименование воспаления той или иной ткани (органа) принято составлять, прибавляя к латинскому и греческому названию органа или ткани</p>	
--	--	---	--

		<p>окончание <i>-itis</i>, а к русскому - -ит. Так, воспаление плевры обозначают как <i>pleuritis</i> - плеврит, воспаление почки - <i>nephritis</i> - нефрит, воспаление десен - <i>gingivitis</i> - гингивит и т.д. Воспаление некоторых органов имеет особые названия. Так, воспаление зева называют ангиной (от греч. <i>ancho</i> - душу, сдавливаю), воспаление легких - пневмонией, воспаление ряда полостей со скоплением в них гноя - <i>эмпиемой</i> (например, эмпиема плевры), гнойное воспаление волосяного фолликула с прилежащей сальной железой и тканями -</p>	
--	--	---	--

		<p><i>фурункулом</i> (от лат. <i>furiare</i> - приводить в ярость) и т.д.</p> <p>Классификация. Учитываются характер течения процесса и морфологические формы в зависимости от преобладания экссудативной или пролиферативной фазы воспаления. По характеру течения выделяют острое, подострое и хроническое воспаление, по преобладанию экссудативной или пролиферативной фазы воспалительной реакции - экссудативное и пролиферативное</p>	
--	--	--	--

		<p><i>(продуктивное)</i> воспаление.</p> <p>До недавнего времени среди морфологических форм воспаления выделяли <i>альтеративное</i> воспаление, при котором преобладает альтерация (некротическое воспаление), а экссудация и пролиферация представлены крайне слабо или вообще не выражены. В настоящее время существование этой формы воспаления отрицается большинством патологов на том основании, что при так называемом альтеративном воспалении по существу отсутствует</p>	
--	--	--	--

		<p>сосудисто-мезенхимальная реакция (экссудация и пролиферация), которая и составляет сущность воспалительной реакции. Таким образом, речь в данном случае идет не о воспалении, а о некрозе. Концепция альтеративного воспаления была создана Р. Вирховым, который исходил из своей «нутритивной теории» воспаления (она оказалась ошибочной), поэтому он называл альтеративное воспаление <i>паренхиматозным</i>.</p> <p>Острое воспаление характеризуется:</p>	
--	--	---	--

		<p>- интенсивным течением и сравнительно небольшой (обычно 1-2, максимально до 4-6 недель) продолжительностью (в зависимости от поврежденного органа или ткани, степени и масштаба их альтерации, реактивности организма и др.);</p> <p>- умеренно выраженной альтерацией и деструкцией тканей, экссудацией и пролиферацией в очаге повреждения при нормергическом характере воспаления. При гиперергическом его течении в очаге воспаления доминируют альтерация и разрушение тканей.</p>	
--	--	--	--

		<p>Для острого воспаления характерен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (увеличение количества более молодых, палочкоядерных и юных нейтрофилов в результате вовлечения костно-мозгового резерва и активации кроветворения), а также моноцитоз.</p>	
7.	<p>Анемии. Определение и классификация. Острые и хронические анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические): причины, клинико-морфологическая характеристика, диагностика. Анемии вследствие повышенного кроверазрушения (гемолитические): наследственные, приобретенные, аутоиммунные, изоиммунные, смешанного генеза. Классификация, патогенез, диагностика, клинико-морфологическая характеристика,</p>	<p>1) Анемия (малокровие) – состояние, характеризующееся уменьшением числа эритроцитов или содержания гемоглобина, или того и другого в единице объема крови. Этиология и патогенез анемий: а) кровопотеря в случае если убыль</p>	<p>Пальцев, М. А. Патологическая анатомия : национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с. (Серия "Национальные руководства") -</p>

	<p>причины смерти. Гиперспленизм.</p>	<p>эритроцитов превышает регенераторные возможности красного костного мозга</p> <p>б) эндогенные и экзогенные факторы, приводящие к гемолизу</p> <p>в) дефицит необходимых для кроветворения веществ (В12, фолиевой кислоты, железа), неусвоение их костным мозгом анемии вследствие недостаточности эритропоэтической функции костного мозга</p> <p>2) Классификация:</p> <p>1. В зависимости от морфологии эритроцитов:</p> <ul style="list-style-type: none"> -макроцитарные -микроцитарные -нормацитарные <p>2. В зависимости от величины цветового</p>	<p>ISBN 978-5-9704-3154-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html</p>
--	---------------------------------------	--	---

		<p>показателя:</p> <ul style="list-style-type: none"> -гиперхромные -гипохромные -нормохромные <p>3. По течению:</p> <ul style="list-style-type: none"> -острые -хронические <p>4. По этиологии и патогенезу:</p> <p>а)Вследствие кровопотерь (постгеморрагические). Причина: травма, аррозия сосуда опухолью, некрозом, воспалением.</p> <p>б)Вследствие усиленного кроворазрушения (гемолиза):</p> <p>1)эндогенного происхождения – внутриклеточные аномалии эритроцитов – наслед-ственные и приобретенные (наследственные эритропатии, энзимопатии, гемоглобинопа-тии)</p>	
--	--	--	--

		<p>2)экзогенного происхождения</p> <p>в)Вследствие нарушенного кроветворения</p> <p>1)нарушения процессов пролиферации и дифференцировки стволовой клетки (гипо- и апластические) (воздействие радиации, лекарств, наследственные анемии Фанкони и Эрлиха, у больных ХПН при недостатке эритропоэтина)</p> <p>2)нарушения процессов пролиферации и созревания эритробластов (мегалобластическая анемия Аддисона-Бирмера, дефицит синтеза гема, глобина)</p> <p>3)Общая морфологическая</p>	
--	--	--	--

		<p>характеристика анемий:</p> <ul style="list-style-type: none"> -гиперплазия красного костного мозга, метаплазия желтого -появление очагов экстрamedулярного кроветворения в печени, селезенке, л.у. и др. органах -геморрагический диатез -жировая дистрофия паренхиматозных органов (признак гипоксии) -желтуха <p>4) Причины острой постгеморрагической анемии: массивное кровотечение (при разрыве маточной трубы, язве желудка, ветви легочной артерии, аневризме аорты). Повреждение аорты потеря 1 л крови смерть вследствие резкого падения АД и</p>	
--	--	---	--

		<p>де-фицита наполнения полостей сердца.</p> <p>Повреждение более мелких сосудов потеря более половины крови смерть от острой сердечной недостаточности при выраженном малокровии внутренних органов.</p> <p>Патомофология острой постгеморрагической анемии:</p> <ul style="list-style-type: none">-бледность кожных покровов и внутренних органов (острое малокровие)-бледно-красный костный мозг плоских костей <p>5)Причины хронической постгеморрагической анемии: длительная кровопотеря при опухолях, расширенных геморроидальных венах</p>	
--	--	---	--

		<p>кровоотечении из полости матки, язвы желудка гемофилии, выраженном геморрагическом синдроме Патоморфология хронической постгеморрагической анемии: бледность кожных покровов, малокровие внутренних органов жировая дистрофия миокарда, печени выраженный геморрагический синдром (множественные точечные кровоизлияния в серозных и слизистых оболочках, во внутренних органах) костный мозг плоских и трубчатых костей ярко-красный очаги</p>	
--	--	---	--

		<p>экстремедуллярного кроветворения</p> <p>80. Гипо- и апластические анемии:</p> <p>1) эндогенные факторы развития;</p> <p>2) экзогенные факторы развития;</p> <p>3) врожденная апластическая анемия: название по автору, клиничко-анатомическая характеристика;</p> <p>врожденная гипопластическая анемия: название по автору, клиничко-анатомическая характеристика;</p>	
8.	<p>Гнойные инфекции, вызываемые грамположительными бактериями. Стафилококковые инфекции. Стрептококковые инфекции. Скарлатина. Эпидемиология, этиология, патогенез, морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления,</p>	<p>Скарлатина (от итал. scarlatum – багровый, пурпурный) – одна из форм стрептококковой инфекции в виде острого инфекционного заболевания с местными</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

	<p>осложнения, исходы, причины смерти.</p>	<p>воспалительными изменениями, преимущественно в зева, сопровождается типичной распространенной сыпью. Болеют в большинстве случаев дети до 16 лет, могут болеть и взрослые. Возбудитель – б-гемолитический стрептококк группы А различных серологических сероваров. Заражение происходит преимущественно воздушно-капельным путем, возможна передача через предметы и продукты питания (в основном через молоко). Патогенез скарлатины сложный и определяется тремя направлениями взаимоотношений микрои</p>	<p>2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p> <p>1</p>
--	--	--	--

		<p>макроорганизма – токсическим, аллергическим и септическим. В месте первичной фиксации стрептококк чаще в миндалинах, реже в коже и еще реже в легких вызывает воспалительный процесс с присоединением регионарного лимфаденита – первичный скарлатинозный аффе́кт и первичный скарлатинозный комплекс. Локализация аффе́кта вне миндалин получила название экстрабуккальной скарлатины. Благодаря образованию антитоксических антител общие токсические явления (сыпь, температура, общая интоксикация) к концу первой – началу</p>	
--	--	--	--

		<p>2-й недели болезни (1-й период скарлатины) уступают место инфекционно-аллергическим проявлениям, наступающим со 2-3-й недели болезни, благодаря распространению микробных тел из первичного аффекта по лимфатическим путям – в кровяное русло с распадом в крови микробных тел и аллергизацией его их антигенами (2-й период). Проявляется 2-й период аллергическими реакциями со стороны кожи, суставов, почек, сосудов, сердца. Аллергические изменения повышают проницаемость тканевых барьеров и сосудистого русла, что способствует инвазии</p>	
--	--	---	--

		<p>стрептококка в органы с развитием сепсиса.</p> <p>Патологическая анатомия.</p> <p>В 1-й период болезни в зеве и миндалинах отмечается резкое полнокровие («пылающий зев»), которое распространяется на слизистую оболочку полости рта, язык (малиновый язык), глотку. Миндалины увеличены, сочные, ярко-красные – катаральная ангина. Вскоре на поверхности и в глубине ткани миндалин появляются сероватые, тусклые очаги некрозов – типичная для скарлатины некротическая ангина. В зависимости от тяжести течения некрозы могут распространяться на</p>	
--	--	---	--

		<p>мягкое небо, глотку, слуховую (евстахиеву) трубу, среднее ухо, с лимфатических узлов переходить на клетчатку шеи. При отторжении некротических масс образуются язвы. Сыпь появляется в первые 2 дня болезни, имеет мелкоточечный характер, ярко-красный цвет, покрывает всю поверхность тела, за исключением носогубного треугольника, который резко выделяется на общем ярко-красном фоне кожи лица. В коже отмечаются полнокровие, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, отек, экссудация. В поверхностных слоях эпителия имеют место дистрофические</p>	
--	--	--	--

		<p>изменения, паракератоз с последующим некрозом. Так как элементы сыпи близко расположены друг к другу, участки некроза верхних слоев эпителия сливаются и к 2-3-й неделе болезни sluщиваются пластами – пластинчатое шелушение.</p> <p>В печени, миокарде и почках отмечаются дистрофические изменения и интерстициальные лимфогистиоцитарные инфильтраты. В селезенке, лимфоидной ткани кишечника наблюдаются гиперплазия В-зон с плазматизацией и миелоидная метаплазия. Эти изменения варьируют в зависимости от тяжести течения и формы скарлатины. В</p>	
--	--	---	--

		<p>головном мозге и вегетативных ганглиях имеются дистрофические изменения нейронов и расстройства кровообращения. Осложнения зависят от гнойно-некротических изменений, например от развития хронического отита с понижением слуха, или (во втором периоде) от хронического заболевания почек. В связи с применением антибиотиков, а также изменениями свойств самого возбудителя в настоящее время аллергические и гнойно-некротические процессы при скарлатине почти не развиваются. Смерть раньше наступала от токсемии или септических осложнений. В</p>	
--	--	---	--

		<p>настоящее время смертельных исходов нет.</p> <p>Стафилококковая кишечная инфекция</p> <p>Это острое кишечное заболевание с воспалительными изменениями тонкой и толстой кишки и общим токсикозом наблюдается преимущественно у детей грудного и первого года жизни.</p> <p>Возбудителем являются золотистый стафилококк, обладающий энтеротоксином, и другие патогенные штаммы стафилококка с плазмокоагулирующим и гемолизирующими свойствами. Заражение происходит контактным или алиментарным путем</p>	
--	--	---	--

		<p>от здоровых носителей, при искусственном вскармливании молоком, при грудном вскармливании от матери, больной стафилококковым маститом. Возможна аутоинфекция, особенно при лечении антибиотиками. Антибиотики приводят к нарушению равновесия кишечной флоры ребенка (дисбактериоз); при наличии устойчивых к ним штаммов стафилококка возможно эндогенное инфицирование. Стафилококковой кишечной инфекцией болеют преимущественно недоношенные, грудные дети, ослабленные предшествующими заболеваниями, дети со</p>	
--	--	---	--

		<p>сниженной иммунологической реактивностью, с врожденными иммунодефицитными заболеваниями. Стафилококковая инфекция часто присоединяется к другим инфекционным заболеваниям кишечника (дизентерия, коли-инфекция, вирусные инфекции и др.). Стафилококковый энтероколит может быть ограниченным или распространенным. Воспаление носит серозно-десквамативный, фибринозно-гнойный или гнойно-некротический характер. В последнем случае возникают язвы (стафилококковый язвенный</p>	
--	--	---	--

		<p>энтероколит), имеющие склонность распространяться до серозного покрова. Микроскопически края и дно язв инфильтрованы лейкоцитами, среди некротизированной ткани встречается большое число колоний стафилококка. В печени, почках наблюдается жировая дистрофия, в лимфоидных органах – миелоидная метаплазия, в вилочковой железе – акцидентальная инволюция, в остальных органах – расстройства микроциркуляции. Осложнения. Часто осложнением стафилококкового язвенного энтероколита является перфорация кишки с</p>	
--	--	---	--

		<p>развитием гнойного калового перитонита и стафилококкового сепсиса.</p> <p>Смерть наступает от осложнений или токсикоза</p>	
9.	<p>Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь) и вторичная (симптоматическая) гипертензия. Доброкачественное и злокачественное течение гипертензии. Клинико-морфологические формы гипертонической болезни, причины смерти. Гиалиновый и гиперпластический ангиосклероз (морфологическая характеристика, изменения в органах).</p>	<p>Гипертоническая болезнь (синонимы: первичная, или эссенциальная, гипертензия, болезнь высокого артериального давления) – хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого является длительное и стойкое повышение артериального давления (гипертензия).</p> <p>Характер течения болезни может быть злокачественным (злокачественная гипертензия) и</p>	<p>Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm</p>

		<p>доброкачественным (доброкачественная гипертензия) . При злокачественной гипертензии доминируют проявления гипертонического криза, т. е. резкого повышения артериального давления в связи со спазмом артериол. Морфологические проявления гипертонического криза достаточно характерны и представлены гофрированностью и деструкцией базальной мембраны эндотелия и своеобразным расположением его в виде частокола, что является выражением спазма артериолы, плазматическим пропитыванием или фибриноидным</p>	
--	--	--	--

		<p>некрозом ее стенки и присоединяющимся тромбозом. В связи с этим развиваются инфаркты, кровоизлияния. В настоящее время злокачественная гипертония встречается редко, преобладает доброкачественно и медленно текущая гипертоническая болезнь.</p> <p>При доброкачественной гипертонии, учитывая длительность развития болезни, различают три стадии, имеющие определенные морфологические различия:</p> <ol style="list-style-type: none">1. доклиническую;2. распространенных изменений артерий;3. изменений органов в связи с изменением артерий и нарушением	
--	--	--	--

		<p>внутриорганного кровообращения.</p> <p>Клинико-морфологические формы</p> <p>На основании преобладания сосудистых, геморрагических, некротических и склеротических изменений в сердце, мозге, почках при гипертонической болезни выделяют сердечную, мозговую и почечную клинико-морфологические ее формы.</p> <p>Сердечная форма гипертонической болезни, как и сердечная форма атеросклероза, составляет сущность ишемической болезни сердца (см. Ишемическая болезнь сердца).</p>	
--	--	--	--

		<p>Мозговая форма гипертонической болезни в настоящее время стала основой цереброваскулярных заболеваний (см. Цереброваскулярные заболевания).</p> <p>Почечная форма гипертонической болезни характеризуется как острыми, так и хроническими изменениями</p>	
10.	<p>Хроническая обструктивная болезнь легких: бронхоэктазы, эмфизема легких. Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Осложнения. Причины смерти.</p>	<p><i>Бронхоэктазы</i> - расширения бронхов в виде цилиндра или мешка, которые могут быть врожденными и приобретенными. <i>Врожденные бронхоэктазы</i> встречаются сравнительно редко (2-3% по отношению к общему числу ХНЗЛ) и развиваются в связи с</p>	<p>1. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 880 с. - ISBN 978-5-9704-6139-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

		<p>нарушениями формирования бронхиального дерева. Иногда образуются кисты (так называемое <i>кистозное легкое</i>), так как в паренхиме легкого слепо заканчиваются мелкие бронхи. Гистологическим признаком врожденных бронхоэктазов является беспорядочное расположение в их стенке структурных элементов бронха. Врожденные бронхоэктазы выявляются обычно при нагноении их содержимого. <i>Приобретенные бронхоэктазы</i> являются следствием хронического бронхита.</p>	<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461396.htm 1</p>
--	--	--	--

		<p>Они появляются в очаге неразрешившейся пневмонии,</p> <p>в участках ателектаза (активного спадения респираторного отдела легких вследствие обтурации или компрессии бронхов) и коллапса (спадение респираторных структур легкого вследствие механического его сдавления со стороны плевральной полости). Внутрибронхиальное давление, повышающееся во время кашлевых толчков, воздействуя на измененную при хроническом воспалении бронхиальную стенку,</p>	
--	--	--	--

		<p>ведет к ее взбуханию в сторону наименьшего сопротивления, просвет бронха расширяется и образует <i>мешковидный бронхоэктаз</i>. При диффузном расширении просвета бронха образуются <i>цилиндрические бронхоэктазы</i> (рис. 187). Расширенные на почве воспаления бронхиолы обозначают как бронхиолоэктазы. Они бывают обычно множественными, поверхность разреза легкого при этом имеет мелкочаеистый вид, такое легкое называют сотовым, так как оно напоминает пчелиные соты.</p>	
--	--	--	--

		<p>Полость бронхоэктаза выстлана призматическим эпителием, но нередко многослойным плоским, возникшим в результате метаплазии. В стенке бронхоэктаза наблюдается хроническое воспаление, эластические и мышечные волокна на значительном протяжении разрушены и замещены соединительной тканью. В полости бронхоэктаза имеется гнойное содержимое. Прилежащая к бронхоэктазам легочная ткань резко</p>	
--	--	--	--

		<p>изменяется, в ней возникают фокусы воспаления (абсцессы, участки организации экссудата), поля фиброза. В сосудах развивается склероз, что при множественных бронхоэктазах и неизбежно возникающей при хроническом бронхите обструктивной эмфиземе ведет к <i>гипертензии в малом круге кровообращения и гипертрофии правого желудочка сердца (легочное сердце)</i>. В связи с этим у больных появляется гипоксия с последующим нарушением трофики тканей. Очень</p>	
--	--	--	--

		<p>характерно утолщение тканей ногтевых фаланг пальцев рук и ног: пальцы приобретают вид барабанных палочек. При длительном существовании бронхоэктазов может развиться <i>амилоидоз</i>. Весь комплекс легочных и внелегочных изменений при наличии бронхоэктазов называют <i>бронхоэктатической болезнью</i>.</p> <p><i>Эмфиземой легких</i> (от греч. <i>emphysao</i> - вздуваю) называют заболевание, которое характеризуется избыточным содержанием воздуха в легких и увеличением их размеров.</p>	
--	--	--	--

		<p>Различаются следующие виды эмфиземы: хроническая диффузная обструктивная; хроническая очаговая (перифокальная, рубцовая); викарная (компенсаторная); первичная (идиопатическая) панацинарная; старческая (эмфизема у стариков); междуточная.</p> <p>Хроническая диффузная обструктивная эмфизема легких. Этот вид эмфиземы встречается особенно часто.</p> <p>Этиология и патогенез. Развитие этого вида эмфиземы связано с предшествующими ей хроническим бронхитом и</p>	
--	--	---	--

		<p> бронхиолитом и их последствиями - множественными бронхоэктазами, пневмосклерозом. При эмфиземе поражается эластический и коллагеновый каркас легкого в связи с активацией лейкоцитарных протеаз, эластазы и коллагеназы. Эти ферменты ведут к недостаточности эластических и коллагеновых волокон, так как при эмфиземе имеется генетически обусловленный дефицит сывороточных антипротеаз. В условиях несостоятельности стромы легкого (особенно эластической) включается так называемый клапанный (вентильный) </p>	
--	--	--	--

		<p>механизм. Он сводится к тому, что слизистая пробка, образующаяся в просвете мелких бронхов и бронхиол при хроническом диффузном бронхите, при вдохе пропускает воздух в альвеолы, но не позволяет ему выйти при выдохе. Воздух накапливается в ацинусах, расширяет их полости, что и ведет к диффузной обструктивной эмфиземе.</p> <p><i>Патологическая анатомия.</i> Легкие увеличены в размерах, прикрывают своими краями переднее средостение, вздутые, бледные, мягкие, не спадаются, режутся с хрустом. Из просвета</p>	
--	--	--	--

		<p> бронхов, стенки которых утолщены, выдавливается слизисто-гнойный экссудат. Слизистая оболочка бронхов полнокровная, с воспалительным инфильтратом, большим числом бокаловидных клеток; отмечается неравномерная гипертрофия мышечного слоя, особенно в мелких бронхах. При преобладании изменений бронхиол расширяются проксимальные отделы ацинуса (респираторные бронхиолы 1-го и 2-го порядков); такая эмфизема носит название <i>центроацинар ной</i>). При наличии воспалительных изменений </p>	
--	--	--	--

		<p>преимущественно в более крупных бронхах (например, внутридольковых) расширению подвергается весь ацинус; в таких случаях говорят о <i>панацинарной эмфиземе</i>.</p> <p>Растяжение стенок ацинуса ведет к растяжению и истончению эластических волокон, расширению альвеолярных ходов, изменению альвеолярных перегородок. Стенки альвеол истончаются и выпрямляются, межальвеолярные поры расширяются, капилляры заустевают. Проводящие воздушные дыхательные бронхиолы расширяются,</p>	
--	--	--	--

		<p>альвеолярные мешочки укорачиваются. Вследствие этого происходит резкое уменьшение площади газообмена, нарушается вентиляционная функция легких. Капиллярная сеть в респираторной части ацинусов редуцируется, что приводит к образованию альвеолярно-капиллярного блока. В межальвеолярных</p> <p>капиллярах разрастаются коллагеновые волокна, развивается интракапиллярный. При этом наблюдается образование новых не совсем типично построенных капилляров, что имеет приспособительное значение. Таким образом, при</p>	
--	--	--	--

		<p>хронической обструктивной эмфиземе в легких возникает гипертензия малого круга кровообращения, приводящая к гипертрофии правого сердца (<i>легочное сердце</i>). К легочной недостаточности присоединяется сердечная недостаточность, которая на определенном этапе развития болезни становится ведущей.</p> <p>Хроническая очаговая эмфизема. Эта эмфизема развивается вокруг старых туберкулезных очагов, постинфарктных рубцов, чаще в I-II сегментах. Поэтому ее называют <i>перифокальной</i>, или <i>рубцовой</i>. Хрон</p>	
--	--	---	--

		<p>ическая очаговая эмфизема обычно <i>панацинарная</i>: в расширенных ацинусах наблюдается полное сглаживание стенок, образуются гладкостенные полости, которые ошибочно могут быть приняты при рентгеноскопии за туберкулезные каверны. При наличии нескольких полостей (пузырей) говорят о <i>буллезной эмфиземе</i>. Расположенные под плеврой пузыри могут прорываться в плевральную полость, развивается <i>спонтанный пневмоторакс</i>.</p> <p>Редукция капиллярного русла происходит на ограниченном участке легкого, поэтому при перифокальной эмфиземе не</p>	
--	--	---	--

		<p>наблюдается гипертонии малого круга кровообращения.</p> <p>Викарная (компенсаторная) эмфизема одного легкого наблюдается после удаления части его или другого легкого. Этот вид эмфиземы сопровождается гипертрофией и гиперплазией структурных элементов оставшейся легочной ткани.</p> <p>Первичная (идиопатическая) панацинарная эмфизема встречается очень редко, этиология ее неизвестна. Морфологически она проявляется атрофией альвеолярной стенки, редукцией капиллярной стенки и выраженной</p>	
--	--	--	--

		<p>гипертонией малого круга кровообращения.</p> <p>Старческая эмфизема рассматривается как обструктивная, но развивающаяся в связи с возрастной инволюцией легких. Поэтому ее правильнее называть <i>эмфиземой у стариков</i>.</p> <p>Межуточная эмфизема принципиально отличается от всех других видов. Она характеризуется поступлением воздуха в межуточную ткань легкого через разрывы альвеол у больных при усиленных кашлевых движениях. Пузырьки воздуха могут распространяться в ткань средостения и</p>	
--	--	--	--

		подкожную клетчатку шеи и лица (<i>подкожная эмфизема</i>). При надавливании на раздутые воздухом участки кожи слышен характерный хруст (<i>крепитация</i>).	
--	--	--	--

3. Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

12. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Хорошо (4) -91-100	
Отлично (5)	

13. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения

- трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

14. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонд оценочных средств по дисциплине «Методология научных исследований»

16. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Знать	Уметь	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>1 – теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития</p> <p>2 – теоретические основы управления коллективом</p> <p>3- отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития.</p>	<p>1 - толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>2 – применять методы сплочения коллектива</p> <p>3 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p>	<p>1- методами обучения и воспитания обучающегося</p> <p>2 -навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива</p> <p>3 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе</p>
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	<p>1 - основные понятия и термины, связанные с управлением проектной деятельностью;</p> <p>2 - стратегии привлечения средств для научных командных проектов.</p>	<p>1 - использовать типовые программные продукты, ориентированные на решение научных задач;</p> <p>2 - разрабатывать и анализировать альтернативные варианты проектов для достижения намеченных результатов; разрабатывать проекты, определять целевые</p>	<p>1 - способностью сбора и переработки научно-технических материалов по результатам исследований;</p> <p>2 - навыками разработки проектов в избранной профессиональной сфере; методами оценки эффективности проекта, а также потребности в ресурсах;</p> <p>3 – способностью формирования плана разработки, управление рисками.</p>

		этапы и основные направления работ; 3 - анализировать, оптимизировать и документировать проектные процессы, а также поддерживать их на всем протяжении ЖЦ разработки.	
ОПК2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей	1 – теоретико-методологические основы педагогики 2 – основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3- психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления	1 - работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины 2 – осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования 3 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки	1- методами обучения и воспитания обучающегося 2 - навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО 3 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе

2 Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

а) Основная литература:

1. Методология организации научно-исследовательской деятельности. Коммерциализация и управление интеллектуальной собственностью [Электронный ресурс] / В.В. Кондратьев, И.В. Вишнякова – Издательство КНИТУ, 2022 - <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785788231709.html>
2. Методология организации научно-исследовательской деятельности. Коммерциализация и управление интеллектуальной собственностью : учебное пособие [Электронный ресурс] / В.В. Кондратьев, И.В. Вишнякова. - Казань : КНИТУ, 2022 - <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785788231709.html>
3. Статистика в биомедицине, фармации и фармацевтике: учебное пособие [Электронный ресурс] / Н.Н. Зубов, В.И. Кувакин, С.З. Умаров; под общ. ред. И.А. Наркевича. - Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019 - <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785449911735.html>
4. Лекционный материал.

б) Дополнительные ресурсы:

Профессиональные базы данных

1. www.lanbook.ru - Сетевая электронная библиотека (СЭБ) «ЭБС Лань» (профессиональная база данных)
2. www.books-up.ru - ЭБС Букап, коллекция Большая медицинская библиотека (профессиональная база данных)
3. <http://www.who.int/ru/> - Всемирная организация здравоохранения (профессиональная база данных)
4. <http://www.femb.ru/feml/> - Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (профессиональная база данных)
5. <http://cyberleninka.ru/> - КиберЛенинка - научная электронная библиотека открытого доступа (профессиональная база данных)
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - PubMed - бесплатная версия базы данных MEDLINE, крупнейшей библиографической базы Национального центра биотехнологической информации (NCBI) на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США (NLM) (профессиональная база данных)

7. <https://www.sciencedirect.com/browse/journals-and-books?accessType=openAccess> - ScienceDirect - ведущая информационная платформа компании Elsevier, содержащая 25% мировых научных публикаций (профессиональная база данных)
8. <http://www.oxfordjournals.org/en/oxford-open/index.html> - Oxford University Press – открытые ресурсы одного из крупнейших издательств в Великобритании, крупнейшего университетского издательства в мире (профессиональная база данных)
9. <https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html> - Wiley - открытые ресурсы одного из старейших академических издательств в мире, содержащего более 20000 книг научной направленности, более 1500 научных журналов, энциклопедии и справочники, учебники и базы данных с научной информацией (профессиональная база данных)
10. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen> - журналы JAMA Network издаются самой большой ассоциацией врачей в США (профессиональная база данных)
11. https://www.elibrary.ru/projects/subscription/rus_titles_free.asp - научная электронная библиотека eLibrary - крупнейший российский информационно-аналитический портал в области науки, технологии, медицины и образования (профессиональная база данных)

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СОЧЕТАНИЕ СПОСОБОВ И ФОРМ ОБУЧЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ДОСТИЖЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ	2	№ 9. С. 16

	<ul style="list-style-type: none"> 5) Приём обучения 6) Метод обучения 7) Форма обучения 8) Технология обучения 		
2.	<p>СПОСОБЫ АКТИВИЗАЦИИ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПОБУЖДАЮТ ИХ К АКТИВНОЙ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОВЛАДЕНИЯ МАТЕРИАЛОМ, КОГДА АКТИВЕН НЕ ТОЛЬКО ПРЕПОДАВАТЕЛЬ, НО АКТИВНЫ И СТУДЕНТЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) Тренинговые методы обучения 6) Классические методы 7) Активные методы обучения 8) Описательные методы 	3	№ 9. С. 16
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ А. М. СМОЛКИНОЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 7) 1.монологическая лекция 8) лекция с заранее 9) запланированными ошибками, 10) лекция пресс-конференция 11) вводная лекция 12) 6. ТРИЗ работа 	2,3,4,5	№ 9. С. 17-18
2.	<p>К НЕИМИТАЦИОННЫМ КЛАССИФИКАЦИЯ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ОТНОСИТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 8) анализ конкретных ситуаций, 9) учебная дискуссия; 10) самостоятельная работа с литературой 11) семинары; 12) игровые — деловая игра, 13) разыгрывание ролей и 14) игровое проектирование 	2,3,4	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Неимитационные /Имитационные методы обучения	Неимитационные методы обучения: лекция вдвоём, лекция с заранее запланированными ошибками,	№ 9. С. 17-18

	лекция пресс-конференция; эвристическая беседа; поисковая лабораторная работа студента; учебная дискуссия; самостоятельная работа с литературой семинары; Имитационные деловая игра; педагогические ситуации; педагогические задачи; ситуация инсценирование различной деятельности коллективная мыслительная деятельность; ТРИЗ работа	
--	---	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
11.	В рамках форм межгруппового общения на занятии выделяют варианты презентации групповых решений. Приведите три примера данных решений.	«Ярмарка» - <i>совместно</i> – <i>индивидуальная форма</i> подразумевает, что каждая минигруппа представляет продукт своей деятельности, затем решения обсуждаются, и из них выбирается лучшее; «лесенка» - <i>совместно</i> – <i>последовательная</i> , при которой результат деятельности каждой мини-группы становится определенной степенью к решению	№ 9. С.

		<p>общей проблемы;</p> <p>«мозаичная картинка» - совместно – взаимодействующая - общий результат деятельности группы образуется из комбинации предложений и лучших элементов групповых решений.</p>	
12.	<p>Вам необходимо завершить занятие групповой рефлексией. Какие вопросы вы зададите аудитории?</p>	<p>перечень вопросов для проведения рефлексии:</p> <p>что произвело на вас наибольшее впечатление?</p> <p>что вам помогало в процессе занятия для выполнения задания, а что мешало?</p> <p>есть ли что-либо, что удивило вас в процессе занятия?</p> <p>чем вы руководствовались в процессе принятия решения?</p> <p>учитывалось ли при совершении собственных действий мнение участников группы?</p> <p>как вы оцениваете свои действия и действия группы?</p> <p>если бы вы играли в эту игру еще раз, чтобы вы изменили в модели своего поведения?</p>	№ 9 С. 25
13.	<p>Согласно требованиям Вашей программы, Вам необходимо проводить занятия в интерактивной форме. Какие умения Вам необходимы для этого?</p>	<p>Организовывать процесс исследования задачи таким образом, чтобы оно воспринималось обучаемым как собственная инициатива;</p>	№ 9 С.

		<p>целенаправленно организовывать для учащихся учебные ситуации, побуждающие их к интеграции усилий; создавать учебную атмосферу в аудитории и дозировать свою помощь студентам; осознавая педагогическое взаимодействие как влияние реакций обучаемых на управляющие воздействия преподавателя, решать нестандартные учебные и межличностные ситуации; сохраняя свой научный авторитет, помогать студентам не попадать под его зависимость, которая сковывает их мыслительную деятельность, а проявлять самостоятельность в интеллектуальном поведении.</p>	
14.	Вам необходимо провести лекцию в интерактивной форме. Какие приемы Вы можете применить?	<p>Фасилитация Ведомая (управляемая) дискуссия или беседа Модерация Демонстрация слайдов или учебных фильмов Мозговой штурм Мотивационная речь</p>	№ 9 С. 32
15.	Вам необходимо провести лекцию с проблемным изложением. Какие приемы Вы можете применить?	<p>лекции проблемного изложения, то есть учебный материал излагается проблемно (отсутствует монологический характер изложения, нет информационного сообщения готовых выводов науки);</p>	№ 9 С.34

		лекции, на которых основной материал изучается путём самостоятельного (частично или полностью) решения проблем самими студентами, условно называемые лекциями проблемного усвоения; лекции, на которых сочетается проблемное изложение с проблемным усвоением – комбинированные проблемные лекции.	
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
11.	Какова логика бинарной лекции в медицинском образовании?	Характеризуется подачей учебного материала в диалоговом общении двух преподавателей и является вариантом проблемного представления материала. Особенность медицинского образования заключается в том, что врачу необходимо иметь целостное представление о человеке, тогда как учебный процесс построен на дискретном изучении отдельных уровней (молекулярный, клеточный, органный), систем, нозологий. Бинарная лекция позволяет в определённом смысле преодолевать указанное противоречие (например, в обсуждении теоретических вопросов участвуют специалисты	№ 9 С. 35-36

		разного профиля, например, морфолог и клиницист или при рассмотрении проблемы пограничной патологии участвуют клиницисты терапевт и хирург).	
12.	Педагогический процесс – это способ организации воспитательных отношений, создающийся педагогом, заключающийся в целенаправленном отборе и использовании внешних факторов развития участников. Какова его структура?	<p><i>Цель</i> – тот конечный результат педагогического взаимодействия, к которому стремятся педагог и учащийся.</p> <p><i>Принципы</i> – определяют основные направления достижения цели.</p> <p><i>Содержание</i> – это опыт поколений, который передается учащимся для достижения поставленной цели согласно выбранным направлениям.</p> <p><i>Содержание образования</i> – внутренняя система всего того, чем необходимо овладеть и научиться пользоваться учащимся; – специально отобранная и признанная обществом (государством) система элементов объективного опыта человечества, усвоение которой необходимо для успешной деятельности в определенной сфере, тот конечный результат, к которому стремится учебное заведение, который выражается в категориях знаний, умений, навыков, личностных качеств – компетенциях. Методы – это действия педагога и учащегося, посредством которых передается и</p>	№ 3 С. 15-16.

		<p>принимается содержание; способ решения задач и достижения цели обучения. <i>Средство</i> – то, что помогает осуществлять учебный процесс и то, без чего его осуществление было бы невозможно: личные и профессиональные качества педагога, учебные пособия, наглядный материал, оборудование учебного заведения и т. д.; как материализованные предметные способы «работы» с содержанием используются в единстве с методами. <i>Формы</i> – организации педагогического процесса придают ему логическую завершенность, законченность; – способ организации учебной деятельности с учетом специфики направления обучения, его локальных целей и задач. <i>Организация</i> – построение дидактического процесса в виде упорядоченной, согласованной системы, направленной на эффективное решение поставленных задач. Результаты – степень реализации намеченной цели, уровень, достигнутый учениками в направлении производимого обучения.</p>	
13.	Медицинская педагогика это	Междисциплинарная область теории и практики, возникшая на	№ 3 С. 17.

		<p>основании эмпирически подтвержденной эффективности специального обучения больных злокачественными опухолями, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями. В медицинском образовании педагогика объясняет и описывает организацию педагогического процесса, выявляет его успешность или неуспешность, а также трудности, возникшие на этапе клинических знаний, которые должны изучаться на доклиническом этапе. Роль педагогики в практике современного врача очень важна, поскольку пронизывает все сферы деятельности специалиста: от момента самообучения, практики, до правил общения с пациентами и родственниками</p>	
14.	Раскройте объект медицинской педагогики	<p>Объектом в медицинской педагогике является человек – одушевленное существо. Именно на человека: ученика, коллегу, пациента, подопечного направлено действие педагогики. При этом задача педагога заключается в том, чтобы учащийся осознавал себя не просто объектом, но и субъектом обучения (его не только учат, но он</p>	№ 3 С. 17.

		сам учится).	
15.	Раскройте задачи медицинской педагогики	Задачами медицинской педагогики являются: – пропаганда здорового образа жизни; – специальное обучение пациентов (обучающие программы); – обучение пациентов эффективному общению; – педагогическая работа с родственниками; – обучающие мероприятия в отношении среднего и младшего медицинского персонала.	№ 3 С.18

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - теоретические основы управления коллективом

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ КОЛЛЕКТИВОМ ВЗРОСЛЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ НЕОБХОДИМО ИЗУЧИТЬ АСПЕКТЫ ЭТОЙ ОТРАСЛИ ПЕДАГОГИКИ</p> <p>5) Специальная педагогика 6) Анрагогика 7) Компоративистика 8) Кибергогика</p>	2	№ 3 С. 19
2.	ЭТА МЕТОДИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НЕ НА СЛОГОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ, А НА СОДЕРЖАТЕЛЬНОЙ И СИНТАКСИЧЕСКОЙ	1	№ 3 С. 21-22

	<p>ЗАДАННОСТИ КАЖДОЙ СТРОКИ: ПЕРВАЯ СТРОКА – ТЕМА, ЗАКЛЮЧАЕТ В СЕБЕ ОДНО СЛОВО (ОБЫЧНО СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ ИЛИ МЕСТОИМЕНИЕ), КОТОРОЕ ОБОЗНАЧАЕТ ОБЪЕКТ ИЛИ ПРЕДМЕТ, О КОТОРОМ ПОЙДЁТ РЕЧЬ. ВТОРАЯ СТРОКА – ДВА СЛОВА (ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЛАГАТЕЛЬНЫЕ ИЛИ ПРИЧАСТИЯ), ДАЮЩИЕ ОПИСАНИЕ ПРИЗНАКОВ И СВОЙСТВ ВЫБРАННОГО В ПРЕДМЕТА ИЛИ ОБЪЕКТА. ТРЕТЬЯ СТРОКА – ОБРАЗОВАНА ТРЕМЯ ГЛАГОЛАМИ ИЛИ ДЕЕПРИЧАСТИЯМИ, ОПИСЫВАЮЩИМИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ОБЪЕКТА. ЧЕТВЁРТАЯ СТРОКА – ФРАЗА ИЗ ЧЕТЫРЁХ СЛОВ, ВЫРАЖАЮЩАЯ ЛИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ АВТОРА К ОПИСЫВАЕМОМУ ПРЕДМЕТУ ИЛИ ОБЪЕКТУ. ПЯТАЯ СТРОКА – ОДНО СЛОВО-РЕЗЮМЕ (МЕТАФОРА), ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕ СУТЬ ПРЕДМЕТА ИЛИ ОБЪЕКТА.</p> <p>5) Синквейн 6) Веб-квест 7) Мозговой штурм 8) Беседа</p>		
	<p>Выберите несколько правильных ответов</p>		
<p>1.</p>	<p>ОБУЧЕНИЕ ЧАСТО БЫВАЕТ НАПРАВЛЕНО НА МОДИФИКАЦИЮ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА, ПОСКОЛЬКУ МНОГИЕ БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ СВЯЗЫВАЮТ С ПОВЕДЕНИЕМ ЧЕЛОВЕКА. ОБЯЗАТЕЛЬНО УЧИТЫВАЮТ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ. НАЗОВИТЕ ИХ.</p> <p>6) персональные: когнитивные, личностные характеристики, стиль жизни; 7) семейные;</p>	<p>1,2,3</p>	<p>№ 3 С.18</p>

	<p>8) социальные: групповые характеристики поведения, связанного со здоровьем, поддержка социума, «сети» социальной поддержки; социальные роли</p> <p>9) интрапсихические - особенности протекания психических процессов пациента</p> <p>10) аддиктивные- возможные зависимости пациента</p>		
2.	<p>ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРОИСХОДИТ В ТРЕХ ОБЛАСТЯХ:</p> <p>1) физиологическая – медико-биологические аспекты</p> <p>2) познавательная – обучающийся, например, пациент, получает новую информацию, факты; анализирует, отделяет важную, значимую для него, часть от второстепенной;</p> <p>3.) эмоциональная – человек активно слушает и реагирует переживаниями, чувствами, мыслями на новую информацию (удивляется, тревожится, задумывается) и меняет свое поведение;</p> <p>4.) психомоторная – обучается новым видам движений, уверенно выполняет необходимые действия, приобретает устойчивые навыки.</p>	2,3,4	№ 3 С.18
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>1. Педагогическая</p> <p>2. Андрагогическая</p> <p>А. – обучения детей, юношей до 22 лет, отсроченное применение знаний, центрация на предмете</p> <p>Б. – обучающийся обладает опытом, в т.ч. профессиональным, немедленное применение знаний, центрация на профессиональных проблемах.</p>	<p>1– А.</p> <p>2 - Б</p>	№ 3 С. 20

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Вам необходимо провести лекцию пресс-конференцию, какова логика ее подготовки и проведения?	<p>Лекция - пресс-конференция начинается с письменных вопросов студентов по теме лекции, которые они передают преподавателю. Вопросы задаёт каждый студент, для этого отводится 2-3 минуты. Для сортировки вопросов по содержанию преподаватель затрачивает 3-5 минут. В процессе логического и связанного изложения лекционного материала преподаватель даёт ответы на поставленные студентами вопросы, а в конце лекции анализирует ответы как отражение познавательной активности студентов.</p> <p>Такую лекцию целесообразно проводить в небольших потоках в начале курса, темы для выявления образовательных потребностей студентов, в середине, для привлечения студентов к основным аспектам темы и систематизации знаний; в конце - для определения перспектив развития усвоенного содержания. Для лекции - пресс-конференции характерны такие</p>	№ 9. С. 36-37

		<p>преимущества: адресная информация каждого студента; активизация мыслительной деятельности студента при составлении вопроса и концентрация внимания в ожидании ответа на него; формирование коммуникативных навыков, навыков аргументации, учёта позиции студента, задавшего вопрос.</p>	
7.	Сформируйте синквейн по педагогике или тематике Вашей медицинской специальности.	<p>Навык Интеллектуальный, автоматизированный Вырабатывается, закрепляется, совершенствуется Деятельность, сформированная путём повторения Опыт</p>	№ 3. С. 22
8.	Вам необходимо провести лекцию-провокацию. Поясните логику ее проектирования и реализации.	<p>Лекцию с заранее запланированными ошибками рекомендуют проводить в конце лекционного курса, когда базисные представления и понятия у студентов уже сформированы. Полагают, что такая лекция, помимо повышения внимания студентов и развития их критического мышления, помогает в формировании умения выступать в роли экспертов, рецензентов и т.д. При подготовке к лекции с заранее запланированными ошибками</p>	№ 9. С. 38.

		<p>преподаватель составляет список ошибок содержательного, методического, поведенческого характера, который включается в содержание лекции, а в конце лекции - предъявляет студентам. Поскольку в арсенале лектора типичные ошибки, причём при лекционном изложении на них не делается акцент, то студентам требуется сконцентрировать внимание, чтобы в процессе лекции выявлять ошибки, фиксировать их на полях и называть в конце. На обсуждение ошибок лектор тратит 10-15 минут, причём корректные ответы называют и студенты, и преподаватель. Лекция с заранее запланированными ошибками помогает выявить трудности усвоения предыдущего материала и одновременно выполняет стимулирующую, контрольную и диагностическую функции. Из-за большого объёма и сложности восприятия учебного материала в медицинском вузе такой вид лекции представляется мало перспективным, хотя в небольших потоках студентов может быть</p>	
--	--	---	--

		востребован для формирования критического мышления.	
9.	Вам необходимо провести игру «Крестики-нолики» Поясните логику ее проведения.	<p>Цель игры: актуализация знаний, создание мотивации обучающихся к изучаемой теме и положительного эмоционального настроя в группе. Преподавателю важно выяснить в ходе игры готовность группы к занятию, пользовались ли студенты учебником и лекциями при подготовке, определить вопросы, слабо освоенные студентами.</p> <p>Организация. Участвуют две команды «Крестики» и «Нолики». Команда, начинающая игру, определяется по согласию (в классическом варианте игры всегда начинают «крестики») или по жребию. На доске нарисовано игровое поле. Команда, начинающая игру, выбирает на поле клеточку – номер задания, и обе команды начинают выполнять одинаковое задание. Действует правило поднятой руки – первый человек, поднявший руку, может дать ответ на вопрос задания. Если ответ не верен, ответ даёт представитель другой команды. Выигрывает та</p>	№ 9. С. 44

		<p>команда, которой удалось поставить на поле 3 своих знака в один ряд или поставить на поле более 5 знаков. 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>Варианты заданий. Вариант 1. Задание – разгадать анаграмму. Анаграмма – слово или фраза, получаемые из других осмысленных слов или фраз посредством перестановки букв, либо просто слово, в котором переставлены буквы. Вариант 2. Задание – вслух даётся описание, а студенты должны назвать термин.</p>	
10.	<p>Вы задумали провести методику «гандбол» на лекции. Поясните логику ее проведения.</p>	<p>При подготовке к лекции преподаватель напечатал несколько вопросов, каждый на отдельном листе формата А4. Затем листы с напечатанными вопросами скомкал (текстом внутрь) в виде мяча. Лектор в конце первого часа лекции или за несколько минут до окончания лекции бросает такой бумажный мяч студенту. Студент снимает первый лист, зачитывает вопрос, даёт ответ, а затем бросает мяч другому студенту. И так пока не иссякнут листы-вопросы. Такой приём позволяет выяснить уровень усвоения лекционного материала, вносит оживление в учебный процесс. Студенты стараются вникать в</p>	№ 9 С. 41

		<p>лекционный материал, так как перед лицом товарищей (потока, курса) каждому хочется выглядеть толковым, знающим.</p> <p>Контрольный вопрос может быть задан в виде кейса – краткая практическая ситуация, для решения которой требуется знание лекционного материала. Ответ студенты представляют либо устно в завершающей части лекции (должно быть время для анализа его корректности), либо в начале следующей лекции (тогда это послужит мостиком к изучению нового материала).</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
8.	Компетентностный подход	Подход, акцентирующий внимание на результате образования, причем в качестве результата рассматривается не сумма усвоенной информации, а способность человека действовать в различных ситуациях.	№ 3. С. 35
9.	Что понимают под терминами «компетенция» и «компетентность»?	Наперёд заданное требование (норма) к образовательной подготовке студента, а под компетентностью – уже состоявшееся его личностное качество	№ 3. С. 35

		(совокупность качеств) и минимальный опыт по отношению к деятельности в заданной сфере.	
10.	Методика	Совокупность способов целесообразного проведения какой-либо работы; совокупность методов, приёмов, форм организации деятельности учащихся, направленных на решение определённых педагогических задач (обучения, коррекции нарушений развития, воспитания и др.)	№ 3. С. 39
11.	Педагогическая технология	Комплексная интегративная система, включающая упорядоченное множество операций и действий, обеспечивающих педагогическое целеопределение, содержательные, информационно-предметные и процессуальные аспекты, направленные на усвоение систематизированных знаний, приобретение профессиональных умений и формирование личностных качеств обучаемых, заданных целями обучения.	№ 3. С. 40
12.	Структурными составляющими технологии обучения как системы являются:	– цели обучения; – содержание обучения; – методы обучения; – средства педагогического взаимодействия;	№ 3. С. 40

		– формы организации обучения; – результаты деятельности.	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	3 - отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ТАКИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТ ОТ УЧАЩИХСЯ НЕ ПРОСТОГО ВОСПРОИЗВОДСТВА ИНФОРМАЦИИ, А ТВОРЧЕСТВА, ПОСКОЛЬКУ ЗАДАНИЯ СОДЕРЖАТ БОЛЬШИЙ ИЛИ МЕНЬШИЙ ЭЛЕМЕНТ НЕИЗВЕСТНОСТИ И ИМЕЮТ, КАК ПРАВИЛО, НЕСКОЛЬКО ПОДХОДОВ.. 5) Тестовые задания 6) Творческие задания 7) Анкетирование 8) Репродуктивные задания	2	№ 9. С. 43.
2.	Чётко структурированный и специально организованный публичный обмен мыслями между двумя сторонами по актуальным темам.. 5) Мозговой штурм 6) Майндмэппинг 7) Дебаты	3	№ 9. С.54

	8) Рассказ		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>МЕТОДИКА - ГРАФИЧЕСКОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА АССОЦИАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПРОДУКТОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО МОЗГА. МЕНТАЛЬНЫЕ КАРТЫ – ЗАПИСЬ ИНФОРМАЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ВИЗУАЛЬНОМ МЫШЛЕНИИ И СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЙ МОЗГА, АЛЬТЕРНАТИВА ЛИНЕЙНОГО МЕТОДА ЗАПИСИ ИНФОРМАЦИИ, НАПРИМЕР ТЕКСТА. СОСТАВЛЕНИЕ МЕТОДИЧЕСКИ РАЗРАБОТАЛИ Т. И Б. БЬЮЗЕНЫ (АНГЛИЯ)</p> <p>5) Майндмэппинг 6) Составление ментальных карт 7) Граф логической структуры 8) Интеллект-карты</p>	Все ответы верны 1, 2, 3, 4	№ 3. С. 60
2.	<p>В психологической литературе при характеристике структуры общения выделяют обычно три её взаимосвязанных стороны:</p> <p>5) коммуникативную, 6) интерактивную 7) перцептивную 8) пассивную</p>	1, 2, 3	№ 3. С. 56
	Сопоставьте понятия стадий конфликта		
1.	<p>Какие стадии включает в себя конфликт?</p> <p>1. предметная ситуация 2. конфликтное взаимодействие 3. разрешение конфликта</p> <p>А. возникновение объективных причин конфликта; Б. инцидент или развивающийся конфликт; В. завершение конфликта (полное или частичное).</p>	4. – А., 5. – Б 6. - В	№ 3. С. 87

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вы стремитесь эффективно разрешать возникающие конфликты, каких принципов Вам необходимо придерживаться?	<p>Эффективная система разрешения конфликтов должна базироваться на следующих принципах:</p> <p>1. Быть сфокусированной на интересах: – переговоры должны начинаться как можно раньше; – должна быть продумана система переговоров; – переговоры должны носить многоступенчатый характер; – повышена мотивация.</p> <p>2. В систему должны быть встроены возможности возврата к переговорному процессу.</p> <p>3. Необходимо предоставлять более дешевые процедуры определения прав или определения того, кто сильнее.</p> <p>4. Переговоры должны предварять консультации, а после переговоров должна вступать в действие обратная связь.</p> <p>5. Последовательность процедур должна быть расположена в определенной последовательности – от дешевых к дорогим.</p> <p>6. Предоставляйте необходимую мотивацию и ресурсы..</p>	№ 3. С. 90
2.	При разрешении конфликтов в медицинской сфере врач считал, что нужно учесть принцип терпимости к	Принцип терпимости к собеседнику – принимайте	№ 3. 90-91

	<p>собеседнику. Что включает в себя принцип терпимости к собеседнику?</p>	<p>собеседника таким, каков он есть. • Пытайтесь преодолеть негативную установку к собеседнику. Отвлекайтесь от недостатков собеседника. Не замечайте его оплошностей, неудачных слов и выражений. Назовите для себя недостатки собеседника особенностями. • Приспосабливайтесь к собеседнику. Говорите с ним на его «языке», в понятных ему словах и выражениях. Учитывайте его настроение и самочувствие.</p>	
3.	<p>При разрешении конфликтов в медицинской сфере врач использовал принцип благоприятной самоподачи. В чём заключается принцип благоприятной самоподачи?</p>	<p>Принцип благоприятной самоподачи – добивайтесь расположения собеседника, стремитесь понравиться ему. Правила: • Произведите максимально приятное внешнее впечатление. Помните, что по одежке встречают (аккуратная одежда; бодрый и жизнерадостный вид). • Демонстрируйте уважительную манеру общения. • Смотрите на собеседника; держите дистанцию; не говорите слишком громко; не начинайте необходимый вам разговор сразу. • Демонстрируйте собеседнику, что он</p>	№ 3. 91

		<p>вам нравится. Помните, что нам нравятся те, кому нравимся мы, покажите собеседнику своё расположение и тогда вы понравитесь ему. Повторяйте вслух слова и выражения собеседника, сопровождая их своими комментариями (вот именно..., правильно... и т. д.); «поддакивайте».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Показывайте собеседнику, что вы «свой». Помните, чем более «своим» ощущает вас собеседник, тем эффективнее ваше речевое воздействие на него. Говорите собеседнику, что у вас общие взгляды; чаще соглашайтесь; говорите, что он прав. • Индивидуализируйте собеседника. Замечайте среди других людей; отдельно здоровайтесь; чаще называйте по имени; интересуйтесь его делами; чаще спрашивайте его мнение; комментируйте его поведение «я вижу, вы устали», «мне кажется вам холодно»... • Укрупняйте собеседника. Советуйтесь; отмечайте его достоинства; приписывайте ему положительные черты, которых у него может и не быть; одобряйте 	
--	--	---	--

		его; «снижайте» себя в его глазах; дайте ему превзойти вас. • Говорите собеседнику комплименты.	
4.	При разрешении конфликтов в медицинской сфере врач использовал принцип минимизации негативной информации. В чём заключается принцип минимизации негативной информации?	Принцип минимизации негативной информации – сведите к минимуму сообщаемую собеседнику негативную информацию Правила: • Не вспоминайте плохое, не упрекайте собеседника. Помните, что упрек заставляет оправдываться. Не вспоминайте негативный совместный опыт; вспоминайте только общие успехи, положительный опыт; меньше критикуйте, не делайте замечаний. • Не покушайтесь на ценности и стереотипы собеседника. Не отзывайтесь плохо о его кумирах; критику, если без неё нельзя представить в форме непонимания («Этот поступок, эту музыку и др. я не понимаю»).	№ 3. 92
5.	При переходе к пациентоориентированной системе отношений в здравоохранении существует необходимость активизировать позитивную функцию конфликта. На основе какой модели взаимоотношений врача и пациента это можно сделать?	На основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента.	№ 3. 98

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

1.	Конфликты в медицине – происходят на трех уровнях противоречий (высшем, среднем и низком): охарактеризуйте эти уровни.	1) система здравоохранения – общество; 2) учреждения здравоохранения (администрация) – медицинский персонал; 3) медицинский персонал – пациенты (и их родственники).	№ 3. С. 92
2.	Противоречия, из-за которых возникают конфликты в системе здравоохранения: Конфликт «общество – здравоохранение»:	Отсутствие целостной и последовательной концепции развития здравоохранения; – недостаточность финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения. Имеет объективные (экономика в упадке, недостаток ресурсов) и субъективные (недальновидная, безответственная политика государства) причины. Скудность выделяемых средств ведут к таким негативным последствиям как: – социально-трудовые конфликты, забастовки, митинги, пикетирование; – закрытие участковых больниц; – недостаток денежных средств на лекарственное обеспечение и оборудование; – недовольство медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда. Это заставляет искать дополнительные заработки, что снижает качество работы.	№ 3. С. 92

3.	<p>Конфликты в системе «врач – больной» – заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.</p> <p>Приведите пример объективного конфликта.</p>	<p>Объективные конфликты вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов.</p> <p>Примерами могут служить: – обещание врачом больному полного излечения, а в результате особенностей течения болезни наступила стойкая утрата трудоспособности; – некачественное выполнение своих обязанностей (послеоперационные осложнения по вине медицинского работника, несвоевременный обход); – отказ в госпитализации больного или несвоевременная госпитализация; – несвоевременное выполнение операций, процедур и т. п.; – помещение в палату с умирающим больным; – требование в покупке медикаментов; – требование вознаграждения за выполненную работу.</p>	№ 3 С. 93.
4.	<p>Конфликты в системе «врач – больной» – заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.</p>	<p>Поводом могут служить: несоответствующее представление о должном поведении медперсонала</p>	№ 3 С. 93.

	Какие поводы могут служить для возникновения субъективного конфликта? Приведите не менее двух.	(грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или неправильное назначение терапии	
5.	О каком конфликте – объективном или субъективном - свидетельствуют: отказ от госпитализации, требование к покупке медикаментов несвоевременное выполнение процедур ?	Объективный конфликт	№ 3 С. 93.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ФОРМА ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ, ЦЕЛЮ КТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБЩЕНИИ. ДОСТОИНСТВОМ ЭТОГО МЕТОДА ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ОН	1	№ 9. С. 56

	<p>ОБЕСПЕЧИВАЕТ АКТИВНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ ВСЕХ УЧАСТНИКОВ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ. ЦЕЛЬ МЕТОДА – НЕ ТОЛЬКО ПОЛУЧЕНИЕ НОВОЙ ИНФОРМАЦИИ, НО И ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ ЗНАНИЙ НА ПРАКТИКЕ; КАК ТРЕНИРОВКА, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ И ОТРАБОТКА УМЕНИЙ, НАВЫКОВ</p> <p>5) Тренинг 6) Игра 7) Дискуссия 8) Беседа</p>		
2.	<p>СУБЪЕКТИВНЫЕ КОНФЛИКТЫ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ СВЯЗАНЫ С</p> <p>1) совпадением ожиданий пациента с реальностью 2) несовпадением ожиданий пациента с реальностью 3) несправедливым распределением каких-либо преимуществ 4) неудовлетворением обещанного</p>	2.	№ 9. С. 93
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>РЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В:</p> <p>5) Болезнь сулит пациенту определенные выгоды. 6) Болезненное состояние приносит какую-то пользу, в результате он стремится его сохранить. 7) Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии. 8) Человеку хочется быть больным, и он использует свои отношения с врачом для получения «официального подтверждения» своего состояния.</p>	1,2,3,4	№ 9. С. 95
2.	<p>ТИП ПАЦИЕНТОВ, НЕ СКЛОННЫХ К УСТАНОВЛЕНИЮ ПЛОДОТВОРНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА С ВРАЧОМ,</p>	2, 3	№ 9. С. 95

	<p>МОЖНО НАЗВАТЬ «СУТЯЖНЫМ».</p> <p>4) Обладают высокой комплаентностью</p> <p>5) Серьезные ошибки в диагностике и лечении чреваты судебным иском, даже если между врачом и пациентом установились вполне доверительные отношения</p> <p>6) Эти пациенты как правило уже имеют опыт судебных разбирательств</p>		
Сопоставьте понятия			
1.	<p>Сторонами конфликта в медицине являются:</p> <p>1. в межличностных</p> <p>2. в межгрупповых</p> <p>А.- администрация ЛПУ – пациент, врач – родственники пациента,</p> <p>Б- администрация ЛПУ (юридическое лицо) – пациент (истец в суде).</p> <p>В. врач – пациент; врач – врач; врач – администратор;</p>	<p>1. – В</p> <p>2. – А, Б</p>	№ 9. С. 96

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вы разбираете конфликты на работе с коллегами врачами. Определите наиболее частые причины конфликтов в медицине.	<p>– объективные причины (не зависящие от врача):</p> <p>организационно-технические, финансовые (экономические);</p> <p>– субъективные причины (зависящие от врача):</p> <p>информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические,</p>	№ 9. С. 97

		тактические.	
2.	Вы столкнулись с конфликтом в сфере медицины. Какие способы управления конфликтами есть в арсенале врача?	<p>1) организация встреч конфликтующих сторон, оказание им помощи в выявлении причин конфликта и конструктивных путей его разрешения;</p> <p>2) постановка совместных целей и задач, которые не могут быть достигнуты без примирения и сотрудничества конфликтующих сторон;</p> <p>3) привлечение дополнительных ресурсов, в первую очередь в тех случаях, когда конфликт был обусловлен дефицитом ресурсов – производственных площадей, финансирования, возможностей для продвижения по службе и т. п.;</p> <p>4) выработка обоюдного стремления пожертвовать чем-либо для достижения согласия и примирения;</p> <p>5) административные методы управления конфликтом, например перевод работника из одного подразделения в другое;</p> <p>6) изменение организационной структуры, совершенствование обмена информацией, перепроектирование работ;</p> <p>7) обучение работника навыкам управления конфликтами, мастерству</p>	№ 9. С. 98

		межличностного общения, искусству ведения переговоров.	
3.	Приведите свои аргументы в защиту высказывания: 1. «Конфликты нужны, они бывают полезны для функционирования коллектива, оказывающего медицинские услуги».	Свободный ответ Аргументы: в результате конфликта высказываются скрытые недовольства, дискуссия приводит к корректировке отношений в коллективе. Умело направленный руководством конфликт способен объединить коллектив. Во время конфликта проявляется ущемлением чьих-то прав – как следствие, это является сигналом к действию руководства.	№ 9. С.164
4.	Приведите свои аргументы в защиту высказывания « Конфликты не нужны, они вредны и оказывают негативное воздействие на физическое и психическое здоровье медиков»	Свободный ответ Аргументы: Конфликт отвлекает от работы. Повышение уровня стресса в коллективе (учитывая, что работа медика и так связана с повышенным стрессом). Агрессия при конфликте в коллективе обязательно затронет пациентов, повышается риск халатности, ошибок и ятрогений. Слишком явный конфликт на работе будет вызывать недоверие к действиям врачей.	№ 9. С.164
5.	Разновидность публичной дискуссии участников направлена на переубеждение в своей правоте третьей стороны, а не друг друга. О какой разновидности публичной дискуссии идёт речь?	Дебаты	№ 9. С.73

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Для разных отраслей медицинской деятельности ведущими являются разные виды конфликтов: –	<p>–сокращение продолжительности врачебного приема является главным фактором конфликтогенности в системе отношений «медицинский персонал – пациент» на амбулаторно-поликлиническом приеме;</p> <p>– в судебно-медицинской практике ситуацию конфликтного взаимодействия субъектов медицинской практики формируют результаты экспертизы;</p> <p>– в стоматологической практике главным конфликтогенным фактором является несоответствие цены и качества услуги; – в фармации конфликт врача и фармацевта – это конфликт профессионалов, который может быть позитивным, а конфликт пациента и фармацевта – это конфликт профессионала и непрофессионала, который непродуктивен, но может быть разрешен путем более полного информирования пациента; – из тех видов конфликтов, которые существуют в</p>	№ 9. С. 98

		<p>медицинской науке, наибольшее социальное значение имеют конфликты в клинических испытаниях, поскольку они провоцируют риски для испытуемых.</p>	
2.	<p>Суть патерналистской (сакральной) модели отношений врач-пациент</p>	<p>основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда»</p>	<p>№ 9. С. 101</p>
3.	<p>Сущность модели технического типа</p>	<p>– одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских технологий – возникновение врача-</p>	<p>№ 9. С. 102</p>

		<p>ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого – исправить неполадки в организме пациента и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным, с точки зрения научного знания, и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму здесь в полной мере компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений.</p>	
4.	Суть модели коллегиального типа	<p>На сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель. Врач и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т. д. не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и</p>	№ 9. С.101

		моральными проблемами.	
5.	Содержание модели контрактного типа	Ещё одна модель равной ответственности врача и пациента за исход лечения. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». Модель наиболее распространена в Европе, США и России, позволяет избежать отказа от эмпатии со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от моральной ответственности со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа; позволяет уйти от ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Контрактная модель в пореформенной России представляет из себя симбиоз патернализма и техницизма.	№ 9. С. 102
Результаты освоения ОП (компетенции)		Результаты обучения по дисциплине	

	Уметь
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - применять методы сплочения коллектива

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КАКАЯ МОДЕЛЬ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ ОПТИМАЛЬНА? 5) Патерналистская модель 6) Коллегиальная модель 7) Модель технического типа 8) Традиционная	2	№ 2 С. 114
2.	КАКАЯ МОДЕЛЬ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ СЧИТАЕТСЯ УСТАРЕВШЕЙ ? 5) Патерналистская модель 6) Коллегиальная модель 7) Модель технического типа 8) Традиционная	1	№ 2. С. 101
Выберите несколько правильных ответов			
1.	В ПРАВИЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА ПРИ ОБЩЕНИИ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТА ВХОДИТ 1) Воспринимать общение с родственниками пациента как необходимую часть лечебной работы. 2) Подготовиться к общению с родственниками пациента: уточнить время и дату разговора, при необходимости договориться заранее и согласовать детали разговора (если необходимо какое-либо содействие родственников в организации ухода, помощь в транспортировке, выявлено серьезное заболевание или состояние, угрожающее жизни пациента). 3) Подготовить рабочее место, документы, иметь опрятный внешний	1, 2, 3, 4	№ 2. С. 109

	<p>вид, уделить особое внимание морально-психологическому настрою, четко определить тему и стиль беседы.</p> <p>4) Владеть исчерпывающей и достоверной информацией о состоянии больного на текущий момент (момент беседы).</p>		
2.	<p>В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА ПРИ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТА ЗАПРЕЩЕНО</p> <p>7) Начинать общение с родственниками пациента, поприветствовав их и представившись.</p> <p>8) Без уважительной причины и без предварительного согласования задерживать или переносить встречу на неопределенный срок, уклоняться от общения с ними.</p> <p>9) Вести беседу без подготовки, на бегу, в присутствии посторонних.</p> <p>10) Формально, отстраненно общаться, ограничиваясь односложными ответами «да / нет / не знаю / у больного все нормально».</p> <p>11) Предоставлять точную информацию, информировать родственников пациента о его состоянии, держать в курсе о ходе и перспективах лечения;</p> <p>12) Отказывать в повторном объяснении, пояснении.</p>	2,3,4,6	№ 2. С.110
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача</p> <p>5) Аффiliation</p> <p>6) эмоциональная стабильность</p> <p>7) эмпатия</p> <p>8) сензитивность к отвержению А. потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению»;</p>	<p>1.- А</p> <p>2.- Б</p> <p>3.- В</p> <p>4. -Г</p>	№ 9. С 116

	<p>Б. уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом</p> <p>В. способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию</p> <p>Г. способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов</p>		
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности молодой врач в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и настороженность в отношении возможных последствий приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Снижаются адаптивные и компенсаторные возможности. Вследствие постоянного переутомления возможны снижение иммунитета, частые простудные заболевания, обострения хронических соматических расстройств. Возникает «синдром эмоционального сгорания» как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в</p>	<p>В дальнейшем взаимодействии эмоциональные компоненты общения могут быть значительно уменьшены. Интенсивность эмоциональных контактов с пациентом повышается лишь на отдельных, наиболее значимых этапах диагностики и терапии: при необходимости убедить больного пройти болезненную диагностическую процедуру, в случае принятия решения о проведении операции, особенно, если существует вероятность неблагоприятного исхода. Роль эмоционального взаимодействия возрастает в ситуациях возникновения угрозы</p>	№ 9 С. 117

	<p>тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи.</p> <p>Задание. Какие методы профилактики данного синдрома Вы знаете?</p>	<p>жизни больного, при общении с депрессивными пациентами, имеющими суицидальные тенденции, а также при контактах с больными, перенесшими тяжелую психическую травму (смерть близкого человека, потеря трудоспособности, развод).</p>	
2.	<p>На занятии врачу необходимо сформировать у пациента мотивацию, лежащую в основе формирования здорового образа жизни: раскройте ее.</p>	<p>1. Самосохранение. Когда человек знает, что то или иное действие напрямую угрожает жизни, он это действие не совершает. Формулировка личностной мотивации может быть такой: «Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни».</p> <p>2. Подчинение этнокультурным требованиям. Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, навыки, выработывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Формулировка мотивации: «Я подчинюсь этнокультурным требованиям, потому что хочу быть равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье</p>	№ 9. С.120-121

		<p>и благополучие других». 3. Получение удовольствия от самосовершенствования. Формулировка: «Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство». 4. Возможность для самосовершенствования. Формулировка: «Если я буду здоров, я смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы». 5. Способность к маневрам. 121 Формулировка: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в сообществе и свое местонахождение». 6. Сексуальная реализация. Формулировка: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии». 7. Достижение максимально возможной комфортности. Формулировка: «Я здоров, меня не беспокоит физическое и психологическое неудобство».</p>	
3.	<p>Врач должен видеть изменение в поведении пациента. Врач должен проявлять одновременно гибкость и настойчивость, мотивируя, направляя и поддерживая пациента. Задание – раскройте стадии, через которые проходят пациенты, меняя дезадаптивное поведение на адаптивное.</p>	<p>1. Пациенты, которые не предполагают изменений в своем поведении, находятся на стадии «До рассмотрения вопроса». Если они чувствуют, что их принуждают изменить</p>	№ 9. С 121

		<p>поведение в соответствии с тем, как другие люди, а не они сами, видят проблему, возникает активное сопротивление.</p> <p>2. «Обдумывание» – это стадия, на которой человек видит необходимость в переменах и серьезно обдумывает некоторые изменения в будущем, но пока еще не готов к активным переменам. Обдумывающие взвешивают все «за» и «против» изменения своего поведения.</p> <p>3. Стадия «Принятие решения» включает как готовность к изменениям, так и начальные поведенческие шаг.</p> <p>4. «Действие» проявляется в виде конкретных шагов, которые приведут к желаемым переменам.</p> <p>5. Люди, находящиеся на пятой стадии, называемой «Поддержанием», прилагают активные усилия для сохранения изменений, достигнутых на стадии «Действия».</p> <p>6. Те, кто не может удержать достигнутых изменений, переходят в стадию «Рецидив». Оттуда они могут снова войти в цикл перемен с любой точки (например, все бросить и оказаться на стадии «До рассмотрения вопроса» или снова начать со стадии</p>	
--	--	--	--

4.	В ходе ведения школы здоровья врачу необходимо повлиять на группу пациентов – реализовать стратегии повышения мотивации	<p>«Действие»).</p> <p>1. Эмпатическое слушание – позволяет врачу добиться необходимого повышения мотивации пациента. Это первый шаг в стратегии повышения мотивации.</p> <p>2. Выражение сочувствия – демонстрация уважения пациенту, и активная поддержка права пациента на самоопределение и самоуправление. Важной позицией, подчеркивающей сочувствие, является безусловное принятие всего сказанного пациентом без вынесения суждения, критики или порицания.</p> <p>3. Раскрытие противоречий – выяснить противоречия между целями пациента и его проблемным поведением.</p> <p>4. Уклонение от дискуссий – необходимость избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых врач выступает в защиту конкретного действия. Спор дает пациенту возможность найти причины уклонения от изменений и, следовательно, может скорее затормозить изменения, чем способствовать им.</p> <p>5. Преодоление сопротивления –</p>	№ 9. С 122
----	---	--	------------

		<p>избегать спора путем переключения стратегии. Помимо несогласия и спора существуют и другие способы реагирования на сопротивление пациента. В первую очередь это подтверждение высказываний пациента таким образом, чтобы продемонстрировать, что врач понимает двойственное отношение пациента к изменениям.</p> <p>6. Формирование чувства контроля над болью – данный феномен в научной литературе обозначается как «самоэффективность». Самоэффективность – вера человека в то, что он способен к определенному поведению.</p>	
5.	<p>Врач стремится избежать спора путем переключения стратегии, демонстрирует, что понимает двойственное отношение пациента к изменениям.</p> <p>Какую стратегию повышения мотивации использует врач?</p>	<p>Стратегия повышения мотивации - преодоление сопротивления.</p>	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Какие случаи в работе врача признаны в качестве педагогических?</p>	<p>1. Обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам. 2. Передача личного опыта коллегам. 3. Составление методики приема лекарственных препаратов для пациентов. 4. Обучение</p>	№ 9. С. 123

		<p>родственников навыкам ухода за тяжелобольными. 5. Формирование у пациента ответственного отношения к лечению. 6. Объяснение ему значений процедур и лекарственных средств. 7. Убеждение пациента в необходимости соблюдения определенного образа жизни. 8. Участие в просветительских программах.</p>	
2.	<p>В чём заключается сущность социальной и профилактической педагогики в работе врача?</p>	<p>Участие врача в педагогическом процессе нужно и важно не только в специальных учреждениях для больных детей, но и в общей педагогической практике. Большое значение следует придавать участию врача в организации просвещения и воспитания детей и подростков в области взаимоотношений полов и половой гигиены, в воспитании и упрочении правильного отношения к своему здоровью. В школах, в высших учебных заведениях врач должен быть ориентирован в области гигиены, умственного и физического труда, для чего также необходима педагогическая и психологическая вооруженность. Весьма значительна роль врача</p>	<p>№ 9. С. 123-124</p>

		и психолога в воспитании и обучении детей и взрослых, которые требуют специализированной педагогической работы с учетом имеющихся у них патологических нарушений функций, где педагогический процесс есть одновременно этап и специальная задача лечебного процесса, где медицина и педагогика (в частности, дефектология) объединены наиболее тесно и органично.	
3.	Что входит в санитарное просвещение?	Санитарное просвещение – один из видов медицинской педагогики. С позиций медицинской психологии необходимо, чтобы в лекциях по санитарному просвещению уделялось достаточно внимания особенностям психики больных и возникающим в связи с этим требованиям к окружающим. Не только врач и его помощники могут нанести больному психическую травму. Это чаще делают окружающие его люди: родные, другие больные, знакомые и др. Очень важно обучать широко тому, как следует вести себя в отношении больных людей, чтобы не травмировать их	№ 9. С. 124

		<p>психику. В санитарно-просветительной работе особенно следует рекомендовать воздержание от советов больным со стороны некомпетентных людей, от неуместных бесед между больными об их болезни, от излишней нагрузки на их нервную систему, на их психику. В общей педагогике много исследований посвящено вопросу о наиболее целесообразном соотношении словесного и наглядного материала в лекции. Не касаясь здесь этого общего вопроса, несмотря на всю его важность для санитарного просвещения, отметим, что в лекции по санитарному просвещению не следует запечатлевать чрезмерно образ болезни в сознании слушателей. Санитарно-просветительные лекции должны всегда иметь перед собой и психогигиенические и психотерапевтические задачи. Они должны просвещать, убеждать, внушать веру в медицину, укреплять бодрость, оптимизм.</p>	
4.	Подготовьте мотивирующую беседу с тяжелым больным по вашей специальности ординатуры.	Свободный ответ	№ 9. С. 124
5.	Профессионально-субъектная позиция личности врача	– качественно новый уровень развития ее	№ 9. С. 128

		<p>субъектности, устойчивая сложно структурированная система отношений человека к профессиональной деятельности, к самому себе как к субъекту этой деятельности, к другим как к субъектам жизнедеятельности, проявляющаяся в соответствующем поведении.</p> <p>Профессионально-субъектная позиция специалиста – это осознание себя профессионалом, причём профессия осознаётся не как набор квалификационных характеристик, а как образ жизни.</p>	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СОСТАВЛЯЮЩИМИ ЭТОГО ИМИДЖА ЯВЛЯЮТСЯ ВНЕШНИЙ ВИД И ФИЗИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ. СТАТУС МЕСТА (ЛЕЧЕБНОЕ	1	№ 2. С. 130-131

	<p>УЧРЕЖДЕНИЕ) И СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ ЛИЧНОСТЬЮ, ТРЕБУЮТ СОБЛЮДЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДРЕСС-КОДА. ФИЗИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ИМИДЖА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬЮ, ЗДОРОВЫМ И УХОЖЕННЫМ ВНЕШНИМ ВИДОМ</p> <p>5) Габитарный имидж. 6) Кинететический имидж 7) Коммуникативный имидж 8) Ментальный имидж</p>		
2.	<p>ДАННЫЙ ВИД ИМИДЖА ВРАЧА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАЧЕСТВОМ НЕВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ (МИМИКА И ПАНТОМИМИКА), ПОЛОЖЕНИЕ В ПРОСТРАНСТВЕ (ПОХОДКА, ОСАНКА), ЖЕСТЫ (ПОКЛОН, ПОВОРОТ К СОБЕСЕДНИКУ ИЛИ ОТ НЕГО И ДР.), ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАКОВ (ДАРЕНИЕ ЖЕНЩИНЕ БУКЕТА ЦВЕТОВ, ПОДНЕСЕНИЕ КО РТУ СИГАРЕТЫ И Т. П.).</p> <p>5) Габитарный имидж. 6) Кинететический имидж 7) Коммуникативный имидж 8) Ментальный имидж</p>	2	№ 2. С. 130-131
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>ЭТИ ВИДЫ ИМИДЖА СОСТАВЛЯЮТ ВАЖНУЮ ЧАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА</p> <p>6) Габитарный имидж. 7) Кинететический имидж 8) PR имидж 9) Коммуникативный имидж 10) Ментальный имидж</p>	1,2,4,5	№ 2. С. 130-131

2.	<p>ОВЛАДЕНИЕ адекватной манерой поведения, языком тела, внешним обликом, приемлемыми для профессиональной ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА</p> <p>6) Габитарный имидж 7) габитус 8) PR имидж 9) Коммуникативный имидж 10) Ментальный имидж</p>	4	№ 2. С. 130-136
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>Синдром эмоционального выгорания врача имеет фазы. Раскройте их.</p>	<p>Первая – фаза напряжения. Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность и реакции депрессивного типа. Вторая – фаза сопротивления. Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избегать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. Третья фаза – «фаза истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными</p>	№ 9. С. 117-118

		<p>нарушениями. Отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности, склонность к соматизации, нарушений со стороны сердечнососудистой и других физиологических систем.</p>	
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вам предстоит провести педагогические исследование. Задание перечислите математические методы, которые можно использовать в исследовании?	В группе математических методов, находящихся применение в педагогическом исследовании, выделяются методы установления количественных зависимостей, метод вычисления элементарных статистик, а также методы статистического выявления связей.	№ 8 С. 21.
2.	Вам предстоит провести педагогические исследование. Задание: перечислите статистические методы, которые можно использовать в исследовании?	Метод регистрации состоит в том, что выявленные при изучении предмета исследования некоторые установленные факты регистрируются: фиксируется определённым образом.	№ 8 С. 22

		<p>Это позволяет накапливать информацию и переводить её в числовые показатели, выявлять не только наличие, но и количество тех или иных явлений, событий, определять их частоту (количество за единицу времени). Например, могут регистрироваться опоздания, пропуски занятий, различные достижения учащихся и педагогов и т.д.</p> <p>При ранжировании рассматриваемые объекты и явления выстраиваются в определённой последовательности, например: наиболее важным присваивается 1-й ранг, менее важным – 2-й и т.д. Данный метод необходим, когда не существует готовой научно обоснованной методики оценивания изучаемого свойства, так как практически всегда можно использовать ранжирование по скорости выполнения заданий, по количеству допущенных ошибок, по частоте ответов и т.д.</p> <p>Шкалирование предполагает «введение цифровых показателей в оценку отдельных сторон педагогических явлений». При шкалировании каждому из</p>	
--	--	--	--

		<p>выявляемых показателей приписывается определённое количество баллов, и на основе этого составляются шкалы оценивания изучаемого явления по каждому оценочному критерию. Как метод познания управляемого объекта шкалирование позволяет формализовать полученные данные, переводя их в числовые показатели, сравнивать их с существующими нормативами и выявлять отклонения, что существенно облегчает обработку больших массивов информации.</p>	
3.	<p>Вам предстоит провести педагогическое исследование. Перечислите и раскройте суть методов статистического выявления связей</p>	<p>К методам статистического выявления связей относятся графопостроение, сравнение элементарных статистик, метод корреляций, факторный анализ и др. Общая особенность этих методов состоит в том, что с их помощью данные обрабатываются статистически, в результате чего выявляются тенденции, степени вероятности прогнозов, уровни значимости влияющих на процесс факторов, совпадения динамики тех или иных параметров изучаемой образовательной</p>	№ 8 С. 22-23

		<p>системы.</p> <p>Достоверность результатов при использовании методов данной подгруппы зависит от корректности применения соответствующих инструментов (формул, диаграмм, графиков) и правильности выполняемых вычислений. Кроме того, статистически достоверные выводы можно сделать только при анализе достаточно большой выборки данных.</p> <p>Графопостроение - метод построения графических изображений на основе полученных числовых показателей.</p> <p>Графическими изображениями могут быть различные диаграммы, отражающие тенденцию изменения некоторых показателей за некоторый отрезок времени, зависимость одних параметров от других, а также некоторую последовательность происходящих в управляемой системе изменений.</p>	
4.	<p>Вам предстоит провести педагогические исследование. Перечислите и раскройте суть метода корреляций.</p>	<p>Метод корреляций – это метод статистического выявления взаимосвязей между полученными показателями. С его помощью математически</p>	№ 8 С. 23-24

		<p>определяются зависимости, устанавливаются закономерности, характерные для исследуемого процесса в данных условиях его протекания. Чаще всего в педагогическом исследовании используется простая линейная корреляция (корреляция Пирсона). Корреляция в данном методе – это связь между признаками, заключающаяся в изменении средней величины одного из них в зависимости от изменения значения другого. Корреляция может быть положительной или отрицательной. Если между двумя сопоставляемыми признаками есть прямая зависимость (с увеличением одного признака возрастает и другой), то можно говорить о положительной корреляции между ними. Если зависимость обратная (с ростом одного признака второй признак уменьшается), то это отрицательная корреляция. Примеры корреляций: при увеличении доли использования в учебном процессе новой методики повышается самостоятельность учащихся (положительная); но</p>	
--	--	--	--

		<p>снижается скорость «прохождения материала» (отрицательная). Главное достоинство метода корреляций состоит в том, что он позволяет выявлять зависимость между, на первый взгляд, не связанными друг с другом показателями.</p>	
5.	<p>Подготовьте сценарий деловой игры «Защити свои права в сфере образования». Какие нормативно-правовые акты понадобятся для их раскрытия?</p>	<p>Нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность системы образования К федеральным документам относятся: Конституция Российской Федерации Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"; Типовое положение об образовательном учреждении высшего профессионального образования (вышем учебном заведении), утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2008 года № 71; Концепция федеральной целевой программы "Научные и научно-педагогические кадры инновационной</p>	№ 8. С.39

		<p>России" на 2014-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 мая 2013 года N 760-р. (с изменениями на 23 октября 2014 года)</p> <p>Федеральный государственный образовательный стандарт. Примерная основная образовательная программа образовательного учреждения.</p> <p>Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России. Трудовой Кодекс Российской Федерации. К внутривузовским документам относятся: Устав образовательного учреждения (ОУ) - университета Образовательный план на основе базисного учебного плана. Календарно-тематическое планирование. Рабочая программа. Учебно-методический комплекс дисциплины.</p>	
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Аттестация – это	Оценка соответствия педагогического работника квалификационным требованиям	№ 8 С. 32

		<p>осуществляется не только при приеме на работу, но и в процессе трудовой деятельности. Цель аттестации – определение соответствия уровня профессиональной компетентности педагогических работников требованиям к квалификации при присвоении им квалификационных категорий. Она призвана обеспечить целенаправленное повышение уровня профессиональной компетентности и оплаты труда. Положение утверждено приказом Минобрнауки от 26.06.2000 № 1908. Статья 49 Закон «Об образовании в Российской Федерации».</p>	
2.	<p>Управление системой образования включает в себя:</p>	<p>1) формирование системы взаимодействующих федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования;</p> <p>2) осуществление стратегического планирования развития системы образования;</p> <p>3) принятие и реализацию государственных программ Российской Федерации».</p>	№ 8 С. С. 34-35

		<p>Федерации, федеральных и региональных программ, направленных на развитие системы образования;</p> <p>4) проведение мониторинга в системе образования;</p> <p>5) информационное и методическое обеспечение деятельности федеральных государственных органов, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере образования, и органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования;</p> <p>6) государственную регламентацию образовательной деятельности;</p> <p>7) независимую оценку качества образования, общественную и общественно-профессиональную аккредитацию;</p> <p>8) подготовку и повышение квалификации работников федеральных государственных органов, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное</p>	
--	--	--	--

		управление в сфере образования, органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования, руководителей и педагогических работников образовательных организаций.	
3.	Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) это	представляют собой совокупность требований, обязательных при реализации основных образовательных программ высшего образования (ВО) образовательными учреждениями, имеющими государственную аккредитацию.	
4.	Основная образовательная программа (ООП по ФГОС 3 или ОП по ФГОС 3+ и 4)) это	Система взаимосвязанных документов, самостоятельно разработанная и утвержденная высшим учебным заведением с учетом требований рынка труда по соответствующему направлению подготовки, а также с учетом рекомендованной примерной образовательной программы, размещенной на сайте Министерства образования и науки Российской Федерации. ООП регламентирует цели, ожидаемые	№ 8 С. 36-37

		результаты, содержание, условия и технологии реализации образовательного процесса, оценку качества подготовки выпускника.	
5.	Дидактической системой называют	упорядоченную систему целей, содержания, форм, методов и средств обучения. Эта система функционирует во взаимной деятельности учителя и учащихся, в ходе которой происходит усвоение знаний и способов действий и развитие индивидуальных способностей учащихся.	№ 8 С. 40

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - методами обучения и воспитания обучающегося

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ ПРОЦЕСС ДВУСТОРОННЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ ПО ПЕРЕДАЧЕ И УСВОЕНИЮ ЗНАНИЙ. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРИ ЭТОМ НАЗЫВАЕТСЯ	2	№ 8 С. 40

	<p>ПРЕПОДАВАНИЕМ, А ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАЩИХСЯ - УЧЕНИЕМ.</p> <p>5) Воспитание 6) Обучение 7) Развитие 8) Социализация</p>		
2.	<p>ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА И РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ, СИСТЕМА ПРИБРЕТЕННЫХ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, СПОСОБОВ МЫШЛЕНИЯ, МИРОВОЗЗРЕНИЯ, НРАВСТВЕННОСТИ И ОБЩЕЙ КУЛЬТУРЫ.</p> <p>5. Воспитание 6. Обучение 7. Развитие 8. Образование</p>	4	№ 8 С. 42
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ЗНАНИЯ КАК ПРЕДМЕТ УСВОЕНИЯ ИМЕЮТ 3 ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТОРОНЫ:</p> <p>5) теоретическую, 6) практическую, 7) мировоззренческо- нравственную 8) традиционную</p>	1, 2, 3	№ 8 С.42
2.	<p>УМЕНИЯ - ОВЛАДЕНИЕ СПОСОБАМИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ НА ПРАКТИКЕ. РАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ГРУППЫ</p> <p>5) общечеловеческие, 6) общие учебные (письмо), 7) поисково-информационные 8) организационные.</p>	1, 2, 3, 4	№ 8 С. 42-43
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>Дидакт И.Я.Лернер говорит о трех уровнях знаний.</p> <p>1 уровень 3 уровень 4 уровень</p> <p>А. Усвоение и воспроизведение Б. Использование на практике В. Перенос на нестандартные</p>	<p>3. – А 4. – Б 3.- В</p>	№ 8 С. 42

	ситуации.		
--	-----------	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Познавательная активность – характеристика деятельности учащихся, заключающаяся в мобилизации интеллектуальных, нравственных и волевых сил для решения учебно-познавательной задачи. Без активности учащегося процесс обучения не состоится. Однако и учитель должен активно воздействовать на учащихся, мотивировать их.</p> <p>Задание: назовите три способа активизации познавательной активности обучающихся.</p>	<p>Проблемное изложение Сократический диалог Интерактивные методы обучения</p>	№ 8 С. 43
2.	<p>Вы хотите выстроить процесс обучения в русле педоцентристской концепции.</p> <p>Задание: поясните логику педагогического процесса согласно данной концепции.</p>	<p>В педоцентристской концепции главную роль в обучении играет процесс учения - деятельность ребенка. В основе этого лежит система Д. Дьюи, трудовая школа Г. Кершенштейнера, В. Лая - теории периода реформ в педагогике в начале 20 века. Педоцентристскую дидактику называют также <i>прогрессивистской</i>, «обучением через делание». Д. Дьюи, работы которого оказали огромное влияние на западную школу, особенно американскую, предлагал строить процесс обучения, исходя из потребностей,</p>	№ 8 С.51-52

		<p>интересов и способностей ребенка. Для достижения цели обучения - развития общих и умственных способностей, разнообразных умений детей – обучение строилось как открытие, получение знаний учениками в ходе их спонтанной деятельности, а не как заучивание и воспроизведение готовых знаний. Структуру процесса обучения составляют этапы: ощущение трудности в процессе деятельности, формулировка проблемы, сути затруднения, выдвижение и проверка гипотез по решению проблемы, выводы и деятельность в соответствии с полученным знанием, которые, по сути воспроизводят исследовательское мышление, научный поиск. Другой реформатор В.Лай выделял в процессе обучения три этапа: восприятие, переработку, выражение. Под «выражением», понималась разнообразная деятельность детей на основе знаний: сочинения, рисунки, театр, практические работы, которая составляла педагогику действия.</p>	
--	--	---	--

3.	<p>На методологическом семинаре для преподавателей Вам необходимо объяснить суть педоцентристской концепции обучения.</p> <p>Задание. Какие недостатки этой концепции Вы озвучите?</p>	<p>Педоцентристская концепция хотя и ориентирована на активизацию познавательной деятельности учеников и способствует развитию мышления, умения решать проблемы, однако справедливо критикуется за утрату систематичности, случайный отбор материала, отсутствие глубокой его проработки. Помимо переоценки спонтанной деятельности детей, недостатком такой концепции являются большие затраты времени - такое обучение неэкономно.</p>	№ 8 С.50
4.	<p>Дидактические системы — это теоретически обоснованная и логически выстроенная совокупность взаимосвязанных элементов: образовательных целей; содержания образования и обучения; обучающихся и их личностных характеристик; обучающих и автоматизированных средств; форм организации совместного труда обучающихся и обучающихся и дидактических процессов (моделей обучения) как способов реализации целей и педагогического процесса в целом. Дидактическая система выступает в качестве подсистемы по отношению к системе высшего порядка — педагогической системе.</p> <p>Задание: постройте занятие согласно одной из дидактических систем.</p>	<p>Класно-урочная система – уроки в школе.</p> <p>Проектная дидактическая система.</p> <p>Бригадно-лабораторная система.</p>	№ 8 С.50
5.	<p>О какой педагогической категории идёт речь в описании: «... характеристика деятельности учащихся, заключающаяся в</p>	<p>Познавательная активность</p>	№ 8 С. 48

	мобилизации интеллектуальных, нравственных и волевых сил для решения учебно-познавательной задачи.»		
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Закономерности обучения это	Существенные и необходимые связи между его условиями и результатом, обусловленные ими принципы определяют стратегию решения целей обучения (эта стратегия определяется термином подход)	№ 8 С. 44
2.	Принцип	Исходное положение, идея, основное требование, вытекающее из закономерностей. Принципы целостного педагогического процесса - это система исходных требований и правил, выполнение которых обеспечивает достижение основных целей обучения.	№ 8 С. 44
3.	Правило	Основанное на общих принципах описание педагогической деятельности в определенных условиях для достижения определенной цели. Руководящие положения, которые раскрывают отдельные стороны применения того или иного принципа обучения. Правила вытекают из принципов обучения.	№ 8 С. 44

4.	Диалог в обучении	Взаимодействие между людьми в условиях учебной ситуации, в ходе которого происходит информационный обмен между партнерами и регулируются отношения между ними.	№ 8 С. 45
5.	Сократический диалог	Одна из разновидностей обучающего диалога, восходящая к философской школе Сократа	№ 8 С. 45

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИСТЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ И УЧАЩИХСЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УСВОЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ. 5) Метод обучения 6) Дидактическая система 7) Метод воспитания 8) Форма обучения	1	№ 8 С. 53
2.	СОСТАВЛЕНИЕ И ПРЕДЪЯВЛЕНИЕ ЗАДАНИЯ НА ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ ЗНАНИЙ И СПОСОБОВ УМСТВЕННОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯ-	2	№ 8 С.55

	<p>ТЕЛЬНОСТИ. РУКОВОДСТВО И КОНТРОЛЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ ПО И.Я.ЛЕРНЕРУ</p> <p>4) Информационно-рецептивный метод</p> <p>5) Репродуктивный метод</p> <p>6) Эвристический метод</p>		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ИССЛЕДОВАНИЯ Ю. К. БАБАНСКОГО, М. И. МАХМУТОВА И ДР. ПОКАЗАЛИ, ЧТО ПРИ ВЫБОРЕ И СОЧЕТАНИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КРИТЕРИЯМИ</p> <p>6) Соответствие целям и задачам обучения и развития;</p> <p>7) Несоответствие содержанию темы занятия;</p> <p>8) Соответствие реальным учебным возможностям учащихся: возрастным (физическим, психическим), уровню подготовленности (обученности, развитости, воспитанности), особенностям группы;</p> <p>9) Несоответствие имеющимся условиям и отведенному для обучения времени;</p> <p>10) Соответствие возможностям самих педагогов. Эти возможности определяются их предшествующим опытом, методической подготовленностью, уровнем психолого-педагогической подготовки.</p>	1,3,5	№ 8 С.55-56
2.	<p>К ГРУППЕ ПРОДУКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ПО И.Я.ЛЕРНЕРУ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>5) Информационно-рецептивный метод</p> <p>6) Репродуктивный метод</p> <p>7) Метод проблемного изложения</p> <p>8) Эвристический метод</p>	3, 4	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		

1.	<p>Сопоставьте метод и его описание</p> <p>4. Восприятие знаний. Осознание знаний. Запоминание (преимущественно произвольное)</p> <p>5. Составление и предъявление проблемных задач для поиска решений. Контроль за ходом решения</p> <p>6. Постановка проблемы и раскрытие доказательного пути ее решения</p> <p>А.Эвристический метод Б.Информационно-рецептивный метод В.Проблемный метод Г.Метод развития критического мышления</p>	<p>1-Б 2-А 3-В</p>	№ 8 С.55
----	---	----------------------------	----------

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Вам необходимо составить рабочую программу по дисциплине. Опишите распределение методов по уровню освоения дисциплины соответственно логической последовательности — от простого знакомства с учебной информацией до творческого ее преломления в решении профессиональных проблем.</p>	<p>Ознакомление с учебной информацией (прослушивание лекций, изучение материальных объектов, источников информации и др.);</p> <p>Выполнение умственных действий (решение ситуационных задач и др.);</p> <p>Выполнение мануальных действий на моделях и/или пациенте;</p> <p>Учебные игры — воспроизводящие ситуации, моделирующие осваиваемую деятельность путем игры по заданным правилам;</p>	№ 8 С.57

		Учебно-исследовательская работа (от реферирования источников информации, рецензирования, до проведение исследования, в том числе научного).	
2.	Вам необходимо составить рабочую программу по дисциплине. Опишите распределение интерактивных методов обучения.	<p>Творческие задания.</p> <p>Работа в малых группах.</p> <p>Обучающие игры.</p> <p>Ролевые.</p> <p>Деловые.</p> <p>Образовательные.</p> <p>Использование общественных ресурсов.</p> <p>Приглашение специалиста.</p> <p>Экскурсии.</p> <p>Социальные проекты.</p> <p>Соревнования.</p> <p>Выставки, спектакли, представления и т.д.</p> <p>Разминки (различного рода).</p> <p>Изучение и закрепление нового информационного материала.</p> <p>Интерактивная лекция.</p> <p>Ученик в роли учителя.</p> <p>Работа с наглядным пособием.</p> <p>Каждый учит каждого.</p> <p>Использование и анализ видео-, аудио-материалов;</p> <p>Практическая задача, кейс-метод; разбор ситуаций из практики участника;</p>	№ 8 С.58

		Работа с документами. Составление документов. Письменная работа по обоснованию своей позиции. Обсуждение сложных и дискуссионных проблем Тестирование, экзамен с последующим анализом результатом.	
3.	Преподаватель организует работу в малых группах. О каких правилах работы в группах он рассказывает студентам?	Правила: быть активным, уважать мнение участников быть доброжелательным, быть пунктуальным, ответственным, не перебивать, придерживаться регламента, креативить, стремиться найти истину, соблюдать правила	№ 9 С.90
4.	Преподаватель организует работу в малых группах. Почему необходимо записать инструкцию на доске?	Маловероятно, что группа сможет воспринять более одной или двух, даже очень чётких инструкций за один раз, поэтому надо записывать инструкции на доске ли карточках	№ 9 С.91
5.	Работа в малых группах – неотъемлемая часть многих интерактивных методов. Если преподаватель организует работу в малых группах, какие методы он может использовать? Приведите не менее двух примеров таких интерактивных методов.	Мозаика, дебаты, общественные слушания, игры.	№ 9 С.90

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

1.	Форма обучения	Способ осуществления учебного процесса, оболочка для его внутренней сущности, логики и содержания. Форма обучения связана с числом студентов в группе, временем и местом обучения, порядком его осуществления и т.п.	№ 8 С.62
2.	Что относится к формам обучения в высшей школе?	К формам обучения в вузе относят лекции и практические занятия, практики.	№ 8 С.62
3.	Что является вариантами практических занятий в высшей школе?	Вариантами практических занятий являются семинары, лабораторные занятия, практикумы, экскурсии, тренинги.	№ 8 С.62
4.	Функции лекции в высшей школе.	Лекция является весьма экономичным способом получения знаний. Здесь знания подаются в обобщенном систематизированном виде, что позволяет студентам быстрее и надежнее усваивать знания и ориентироваться самостоятельно в новой информации. Экономический эффект состоит и в том, что лекцию можно читать одновременно большому числу слушателей. Большое значение лекция играет в развитии культуры мышления студента. Лектор знакомит слушателей с процессом научного мышления, показывает его образцы. Это	№ 8 С.62

		<p>наиболее гибкая форма подачи учебной информации. Таким образом, лекция вводит студента в изучаемую науку, обеспечивает ему первое знакомство с основными научно-теоретическими положениями и тем самым определяет и другие формы изучения данной науки.</p>	
5.	<p>Что входит в первый этап процесса подготовки содержания лекции?</p>	<p>На первом этапе подготовки лекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формируются цели; - определяется место данной конкретной лекции в структуре темы и раздела; - выявляется уровень подготовленности студентов; - производится отбор теоретического и фактического материала. <p>Анализируется состояние вопроса в современной науке, наличие дидактических трудностей, пригодности учебников и учебных пособий и т.д. В зависимости от наличия того или иного материала в учебных пособиях определяется дозировка времени, отводимого на определенные разделы учебной дисциплины, и планируется самостоятельная работа студентов. Главное внимание на</p>	№ 8 С.62-63

		<p>этом этапе уделяется содержанию лекции, подбору теоретического и фактического материала.</p> <p>Среди особенностей содержания лекции можно выделить наиболее важные. Это: научность, доступность, занимательность.</p>	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>ЦЕЛИ СЕМИНАРА:</p> <p>1) формирование навыка переработки научных текстов, обобщения материала, развитие критичности мышления и др.;</p> <p>2) передача знаний в монологической форме</p> <p>3) отработка мануальных навыков</p>	1	№ 8 С.66-67
2.	<p>НА ЭТОМ ВИДЕ СЕМИНАРА СТУДЕНТЫ ВЫСТУПАЮТ С ДОКЛАДАМИ, КОТОРЫЕ ЗДЕСЬ ЖЕ И ОБСУЖДАЮТСЯ ВСЕМИ УЧАСТНИКАМИ ПОД РУКОВОДСТВОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ. ЭТО САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА СЕМИНАРА.</p> <p>1) вопрос-ответная форма</p>	2	№ 8 С.67

	2) семинар-конференция 3) семинар в виде учебно-ролевой игры 4) семинар- игра		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>ПОДГОТОВКА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ К СЕМИНАРУ</p> <p>7) После просмотра учебников и методической литературы преподаватель приступает к составлению плана семинара.</p> <p>8) Прежде всего, формулируется тема, определяется ее цель: пополнить лекционную информацию, повторить для закрепления в памяти, научить приемам работы с этой информацией и др.</p> <p>9) Затем избирается форма проведения семинара в соответствии с поставленными целями и характером информации.</p> <p>10) После этого составляется план, в котором указываются вопросы для обсуждения, литературные источники с указанием страниц.</p> <p>11) Отбирать рекомендуемую литературу следует с учетом новизны (предпочтительна новая), объема, сложности текста и доступности при поиске. Целесообразно использовать хрестоматии и различные методические пособия.</p> <p>12) Полезно сформулировать критерии оценки выступления по временным показателем.</p>	1, 2, 3, 4 , 5, 6	№ 8 С.67-68
2.	<p>ПО НАЗНАЧЕНИЮ СЕМИНАРЫ ДЕЛЯТСЯ:</p> <p>6. Учебные – имеющие своей целью углубленное изучение темы, рассматриваемой в учебном процессе.</p> <p>7. По обмену опытом – цель которых – обобщение и передача опыта.</p>	1,2,3	№ 8 С.67-68

	8. Научные – по выработке научных методов решения новых проблемных вопросов. 9. Методологические 10. Диспуты		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		№ 8 С.67-68
1.	Разработка текста лекции Это этап разработки и шлифовки плана лекции. При работе над планом преподаватель должен предусмотреть этапы – расположите в правильной последовательности 4. Рефлексия 5. Вводный этап 6. Основной этап	2,3,1	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вы проводите семинар и стремитесь реализовать все преимущества семинара как формы обучения. На что Вы сделаете упор?	На семинаре: - происходит снятие психологического барьера у студентов (стеснительность, неловкость, неуверенность при непосредственном общении с преподавателем); - студенты становятся более активными. Они закрепляют знания, формируют умение доносить мысль до слушателя, навыки дискуссии и публичного выступления, делового общения и лучше запоминают материал; - преподаватель имеет возможность детальнее и глубже донести учебный материал до студентов, пополнить	№ 8 С.68

		его новой информацией; - преподаватель получает возможность лучше узнать студентов, их типичные ошибки и свои недочеты, что дает ему возможность своевременно внести изменения в читаемый курс.	
2.	Вы реализуете план воспитательной работы на кафедре, в частности через метод приучения. Опишите данный метод. Приведите примеры	Приучение как метод воспитания предполагает культивирование у воспитанника способности к организованным действиям и разумному поведению как условию становления основ нравственности и устойчивых форм поведения. Приучение предполагает демонстрацию воспитателем образца или процесса правильного выполнения действий. Воспитанник должен научиться идеально копировать и систематически поддерживать обретенное умение или навык. Приучение достигается через систему упражнений. Сущность упражнений (приучения) как повторения одних и тех же действий, поступков и вызывающих их потребностей и мотивов поведения. С физиологической	№ 8 С.76-77

		<p>точки зрения, навыки и привычки поведения представляют собой результат повторения и закрепления определенного образа действий, определенных нервных связей между организмом и средой. Пример – педагог спрашивает только тех, кто тянет руку.</p>	
3.	<p>Вы реализуете план воспитательной работы на кафедре, в частности через метод контроля. Опишите данный метод. Приведите примеры.</p>	<p>Наблюдение за деятельностью и поведением учащихся с целью побуждения их к соблюдению установленных правил поведения, а также к выполнению предъявляемых заданий или требований. Средствами осуществления контроля являются: повседневное наблюдение за поведением и работой учащихся, индивидуальные беседы о выполнении полученных заданий или общественных поручений, отчеты студентов перед товарищами о своей работе и дисциплине.</p>	№ 8 С.77
4.	<p>Вы планируете применить метод бенчмаркинга (примера) на занятиях, но с воспитательными целями. Опишите данный метод. Приведите примеры</p>	<p>Использование образцов поведения и деятельности других людей для возбуждения у учащихся стремления (потребности) к активной работе над собой, к развитию и</p>	№ 8 С.77

		<p>совершенствованию своих личностных свойств и качеств и преодолению имеющихся недостатков.</p> <p>Психологической основой влияния положительного примера на воспитание студентов является стремление к подражанию.</p> <p>Пример: педагог рассказывает о своей научной школе, тем самым мотивируя студентов к занятиям наукой.</p>	
5.	<p>Вы собираетесь рассказать подросткам о важности отказа от вредных привычек, применив метод убеждения. Опишите данный метод. Приведите примеры</p>	<p>метод воспитания, который выражается в эмоциональном и глубоком разъяснении сущности социальных и духовных отношений, норм и правил поведения, в развитии сознания и чувств. Только через механизмы содержательной и эмоционально окрашенной разъяснительной работы этот метод находит свое педагогическое осуществление. Можно убедительно показать взаимосвязь табакокурения с репродуктивной функцией мужчин женщин.</p>	№ 8 С.77

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Классификацию образовательных технологий, предложенную А. Я. Савельевым:	По направленности действия (ученики, студенты, преподаватели и т.д.); по целям обучения; по предметной среде (гуманитарные, естественные, технические дисциплины и т.д.); по применяемым техническим средствам (аудиовизуальные, компьютерные, видеокомпьютерные и т.д.); по организации учебного процесса (индивидуальные, коллективные, смешанные); по методической задаче (технология одного предмета, средства, метода).	№ 8 С. 85
2.	Классификация педагогических технологий (по В. Т. Фоменко), предполагающие построение учебного процесса:	на деятельностной основе, на концептуальной основе, на крупноблочной основе, на опережающей основе, на проблемной основе, на личностно-смысловой основе, на альтернативной основе, на диалоговой основе, на взаимной основе.	№ 8 С. 85
3.	Почему целеполагание рассматривают как системообразующий элемент технологии?	В педагогической технологии цели образования задаются в следующих аспектах: 1. Диагностично поставленная цель означает:	№ 8 С. 83

		<ul style="list-style-type: none"> - дано точное описание качества, которое необходимо сформировать; - разработаны способы для диагностики этого качества; - возможно изменение этого качества в процессе формирования; - предложены критерии оценки качества (например, опознание, различие, владение основными алгоритмами, продуктивные действия, творческое применение). <p>2. Конструктивно поставленная цель – это цель с учетом профессиональных возможностей педагога и возможностей обучаемых.</p>	
4.	Разработка компонентов УМК должна осуществляться на основе следующих дидактических принципов:	<p>Соответствие ГОС ВПО и ФГОС ВПО (или рабочей программе для вузовского компонента);</p> <p>Четкая структуризация (модульность) учебного материала;</p> <p>Последовательность изложения учебного материала;</p> <p>Полнота и доступность информации;</p> <p>Определение компетенций, которых должен достичь студент;</p> <p>Соответствие объема учебных материалов объему часов (зачетных единиц), отведенных на изучение дисциплины;</p> <p>Комплексность</p>	№ 8 С. 93

		<p>(теоретические, практические материалы, промежуточная и итоговая аттестация);</p> <p>Мобильность (модернизация компонентов УМК каждые 1–1,5 года);</p> <p>Современность и соответствие научным достижениям в соответствующей сфере;</p> <p>Оптимальность (размещение дидактических единиц на различных носителях информации);</p> <p>Доступность компонентов УМК для студентов и преподавателей.</p>	
5.	Метод проектов –	<p>Система обучения, при которой обучающиеся приобретают знания и умения в процессе планирования и выполнения постепенно усложняющихся практических заданий – проектов. Возник во второй половине 19 века в США, основывается на теоретических концепциях прагматической педагогики Дж. Дьюи, провозгласившей «обучение посредством делания».</p> <p>Современные ученые-педагоги различают проектную форму организации учебного процесса, альтернативную классно-урочной и</p>	№ 8 С. 103

		лекционно-семинарской системе, и метод проектов, который может быть использован на занятиях наряду с другими методами обучения.	
--	--	---	--

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 – теоретико-методологические основы педагогики

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ КАК НАУКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ 5) прогресс науки и техники 6) забота родителей о счастье детей 7) биологический закон сохранения рода 8) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду	4	№8, С.10
2.	СЛОВЕСНАЯ ФОРМА ГРУППОВОЙ ПРОБЛЕМНОЙ РАБОТЫ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЮ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ДВИЖЕНИЯ ОТ ЛИЧНЫХ		

	<p>ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ МНЕНИЙ, ИДЕЙ, ПОЗИЦИЙ К ОБЩЕМУ РЕЗУЛЬТАТУ - ПРОДУКТУ ПО ОСВОЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННОЦЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ –</p> <p>5) конференция 6) круглый стол 7) диспут 8) симпозиум</p>	3	№8, С.116
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ПО ПРОГРАММАМ СРЕДНЕГО И ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ТЕХНОЛОГИИ</p> <p>5) развития критического мышления 6) проектную 7) проблемную 8) внеклассную</p>	1, 2, 3	№8, С. 109
2.	<p>СРЕДСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КЛАССИФИЦИРУЮТ ПО</p> <p>5) эффективности 6) характеру воздействия на обучаемых 7) степени сложности 8) происхождению</p>	2, 3, 4	№8, С.66
	Сопоставьте уровни проблемности и методы проблемного обучения по способу решения проблемных задач		
1.	<p>1. Педагог сам формулирует проблему и самостоятельно её решает. 2. Педагог ставит проблему, а решение достигается совместно с обучающимися. 3. Педагог формулирует проблему, а решение достигается обучающимися самостоятельно. 4. Учащиеся формулирует проблему и находят её решение.</p> <p>А. Проблемное изложение Б. Частично-поисковые методы, совместное обучение В. Исследование Г. Творческое обучение Д. Традиционное обучение</p>	<p>1.- А, 2. – Б, 3.- В 4. - Г</p>	№8, С. 114

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Преподаватель проводил проблемный семинар, но часть запланированных вопросов не успели рассмотреть. Предложите не менее двух вариантов объяснения данной ситуации	1. Преподаватель не учёл ограничения проблемного обучения - при проблемном обучении требуется больше времени на изучение учебного материала в сравнении с традиционным обучением. 2. Преподаватель запланировал для обсуждения большое число вопросов - не учёл число Миллера. 3. Преподаватель не учёл, что данная студенческая группа слабая, не готова к проблемному обучению	№8, С.112
2.	Студент не видит смысла посещать лекции и говорит об этом. Как вы обоснуете достоинство лекционной формы обучения с позиции физиологии?	На лекции в восприятии учебного материала у студентов участвует группа анализаторов – зрительный (особенно когда лекция сопровождается демонстрацией), слуховой, а если студент конспектирует, то подключена моторная память.	№8, С.70
3.	На занятии у студента идёт формирование нового опыта, затем его применение и теоретическое осмысление. Какой вариант обучения применяет преподаватель?	Преподаватель использует интерактивное обучение	№8, С.65
4.	При изучении темы «Пищеварение» студентов спрашивают «Почему возникает изжога при приёме большого количества пищи или при	Выдвижение проблемного вопроса.	№8, С.115

	принятии алкоголя?». Какой методический приём создания проблемной ситуации применил преподаватель?		
5.	При обучении студенты проходят стадии вызова, осмысления содержания, рефлексии. Какую образовательную технологию применяет преподаватель?	Преподаватель применяет технологию развития критического мышления.	№8, С.145

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятия «дидактика»	Дидактика – теория обучения- часть педагогической науки, объектом которой выступает процесс обучения, включающий в себя взаимосвязанные преподавание и учение, а предметом – системы обучения (закономерные связи и отношения, функционирующие в данном процессе, содержание образования, принципы, организационные формы, способы и средства реализации целей обучения).	№2, С.153
2.	Дайте определение понятия «андрагогика».	Андрагогика – отрасль педагогической науки, охватывающей теоретические и практические проблемы образования, обучения и воспитания взрослых.	№8, С.274
3.	Что означает категория «компетенция»?	Компетенция – способность применять знания, умения, навыки и личностные качества для успешной деятельности в определённой (профессиональной) области.	№8, С.276
4.	Почему категорию «обучение»	Обучение – парная	№8, С.277

	называют парной?	категория, так как представляет совместную деятельность преподавателя (категория «преподавание») и субъектов учения (категория «учение»).	
5.	В чём заключается цель обучения?	Цель обучения заключается в формировании у субъекта учения определённого вида деятельности	№8, С.281

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 – основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КНИГА, СОДЕРЖАЩАЯ СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕМУЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (ПРЕДМЕТА), СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ, И ОФИЦИАЛЬНО УТВЕРЖДЕННОЕ В КАЧЕСТВЕ ДАННОГО ВИДА ИЗДАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ 5) учебником 6) методическим пособием для учителя	1	№8, С.194

	7) энциклопедией 8) справочником			
2.	СУБЪЕКТ ОБУЧЕНИЯ 1) ученик 2) учебная группа (класс) 3) преподаватель 4) преподаватель вместе с учебной группой	4	№8, С.255	
	Выберите несколько правильных ответов			
1.	ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В 5) пропаганде здорового образа жизни 6) в специальном обучении пациентов по обучающим программам 7) педагогической работе с родственниками пациентов 8) обучающих мероприятиях со средним и младшем медицинским персоналом	1, 2, 3, 4	№2, С.18	
2.	ФГОС ВО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ТРЕБОВАНИЯ К 5) структуре основных образовательных программ и их объёму 6) условиям реализации основных образовательных программ 7) результатам освоения основных образовательных программ 8) средствам обучения	1, 2, 3	№8, С.41	
	Сопоставьте элементы педагогического процесса и их предназначение			
1.	1. Цель 2. Содержание учебной информации 3. Методы, приёмы обучения, средства коммуникации 4. Преподаватель 5. Обучающийся	А. Для чего учить Б. Чему учить В. Преподавание Г. Как учить Д. Обучение Е. Учение	1.– А, 2. – Б, 3. – Г, 4.- В, 5. - Е	№8, С.15

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Сущность обучения заключается в замене стратегии «от знаний к решению проблемы» на стратегию «от проблеме к знаниям». О каком виде обучения идёт речь в задании?	Для проблемного обучения характерна замена стратегии «от знаний к решению проблемы» на стратегию «от проблеме к знаниям».	№8, С.112
2.	Преподаватель познакомился с нормативным документом, который определяет состав учебных предметов, последовательность их изучения по годам обучения; недельное и годовое количество учебных часов, отводимых на изучение каждого предмета; структуру и продолжительность учебного года. Определите, с каким документом познакомился преподаватель.	Учебный план	№8, С.107
3.	Внешняя сторона организации учебного процесса; конструкция отдельного звена процесса обучения, определенный вид занятий (урок, лекция, семинар, экскурсия, факультатив, кружок, экзамен и др.). Догадайтесь по определению, о каком понятии идет речь.	Форма обучения.	№8, С.48
4.	Обучающийся занят деятельностью по овладению знаниями, умениями, навыками и способами познавательной деятельности. Какая категория педагогики характеризует деятельность студента?	Категория «Учение».	№8, С.46
5.	На какой нормативный документ, очерчивающий круг основных знаний, умений, навыков, которые должны быть усвоены по каждому отдельно взятому предмету должен опираться студент в годы учёбы?	Учебная программа.	№8, С.195

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Что означает термин «медицинская педагогика»?	Термин «медицинская педагогика» обозначает	№2, С.17

		педагогическую составляющую в медицинском образовании (искусство врачевания и общения с пациентом).	
2.	Дайте определение понятия «содержание образования»	Содержание образования – чёткая система знаний, умений, навыков, отобранных для изучения в определённом типе учебного заведения	№2, С.31
3.	Что представляет собой технология обучения?	Технология обучения – это выстроенная на основе законосообразности логическая последовательность операций, отражающая путь гарантированного достижения дидактической цели	№8, С.281
4.	Что понимают под педагогической деятельностью?	Педагогическая деятельность - целенаправленное, мотивированное воздействие педагога, ориентированное на всестороннее развитие личности и подготовку воспитанника к жизни в современных социокультурных условиях.	№8, С.176
5.	Какая система основана на дидактических концепциях Я.А. Коменского, И. Песталоцци, И.Ф. Герберта и чему в ней отводится ведущая роль?	Традиционная дидактическая система основана на дидактических концепциях Я.А. Коменского, И. Песталоцци, И.Ф. Герберта и ведущая роль в ней отводится преподаванию, т.е. деятельности учителя.	№8, С. 57

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Знать
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 - психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ 5) имеет системный характер 6) объектное свойство, формирующее значимые психические регуляторы врачебного труда 7) синоним логического мышления 8) наследственно обусловлено	1	<i>№8, С.157</i>
2.	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5) задача, способ решения которой объективно неизвестен 6) учебная задача, сформулированная в терминах и условиях конкретной ситуации, с которой может встретиться на практике субъект учения 7) синоним логической задачи 8) разрабатывается группой студентов	2	№8, С. 280
Выберите несколько правильных ответов			
1.	КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ГОТОВНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ К САМООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	1, 2, 3, 4	№8, С. 148

	<ul style="list-style-type: none"> 5) осознанность 6) положительное отношение к самообразованию 7) теоретическая подготовленность 8) применение усвоенной информации на практике 		
2.	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМООБРАЗОВАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) установкой на готовность к самообразовательной деятельности 6) созданием благоприятных условий для реализации самообразовательной деятельности 7) определёнными критериями самообразования 8) указаниями преподавателя 	1, 2, 3	№8, С. 150
Сопоставьте термины и понятия			
1.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Педагогическая проблема. 2. Проблемная задача. 3. Проблематизация <ul style="list-style-type: none"> А. Объективно возникающий в педагогической теории и практике вопрос или комплекс вопросов относительно процесса обучения и воспитания человека Б. Учебная задача, решение которой подготовлено изученным материалом, требующая от субъекта учения самостоятельных дополнений изученного материала на основе уже сформированных у него качеств В. Механизм, лежащий в основе вскрытия проблемности объекта субъектом, материализованный в данной проблемной задаче. Г. Задача, способ решения которой объективно неизвестен. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 - А, 2 - Б, 3.- В 	№8, С. 113

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Преподаватель проводит лекцию	Лекция-визуализация,	№9, С. 43

	либо с применением презентаций (слайды, фото, рисунки, схемы, таблицы), либо с использованием видеоматериалов или демонстрацией больного по теме как способ предъявления проблемы. Какой тип лекции использует преподаватель? К какой образовательной технологии её относят?	относят к технологиям проблемного изложения	
2.	Перед занятием по педагогике студенты поспорили. Студент А. считал, что для развития мышления наиболее эффективны такие методы, как игра, рассказ, показ. Тогда как студент Б. считал наиболее эффективным методом дискуссию. Кто из студентов прав?	Наиболее эффективным методом для развития мышления является дискуссия. Студент Б. оказался прав.	№9, С. 70
3.	Преподаватель проектирует лекцию-визуализацию, полагая, что переключение внимания с текста на иллюстрацию повышает познавательный интерес, мотивацию студентов, способствует концентрации внимания на наиболее существенных моментах лекции. При отборе материала для визуализации о каком принципе следует помнить и какой (ие) вид (ы) визуализации лучше использовать?	Помня о принципе новизны лучше использовать разные виды визуализации или их сочетание.	№9, С. 44
4.	Обсуждая на занятии цели проблемного обучения, студенты высказали разные точки зрения: - студентка Н. считает, что главное научить студентов размышлять, опираясь на знание фактов и закономерностей науки, делать свои выводы и аргументировать решения; - студент И. видит цель в возможности приобрести систему знаний и сформировать профессиональное мышление; - студент С. Определяет цель как достижение высокого уровня развития обучающегося, развития способности к самостоятельности, самообучению, творчеству. Кто из студентов прав?	Цели проблемного обучения – совокупность целей отраженных в высказываниях студентов. То есть каждый из студентов прав, но лишь частично	№8, С. 112
5.	На лекции преподаватель дает	Лекция-провокация =	№8, С. 116

	<p>студентам задание: слушать внимательно лекцию и находить и записывать неточности и возникающие ошибки, которые преподаватель допускает намеренно. В конце лекции преподаватель обсуждает со студентами все зафиксированные ими ошибки. Определите метод обучения. К какой группе методов он относится?</p>	<p>лекция с заранее запланированными ошибками относится к лекции проблемного изложения, т.е. проблемному обучению</p>	
--	---	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>На какие группы можно подразделить семинары по назначению?</p>	<p>По назначению семинары подразделяют на учебные, по обмену опытом, научные.</p>	<p>№8, С. 76</p>
2.	<p>В каких случаях преподаватель использует вопрос-ответную форму семинара?</p>	<p>Вопрос-ответная форма семинара используется для обобщения пройденного материала.</p>	<p>№8, С. 76</p>
3.	<p>Что предполагает современная трактовка принципа культуросообразности воспитания?</p>	<p>Современная трактовка принципа культуросообразности воспитания предполагает, что воспитание должно основываться на общечеловеческих ценностях и строиться с учётом этнической и религиозной культур</p>	<p>№8, С. 83</p>
4.	<p>Что предполагает современная трактовка принципа природосообразности воспитания?</p>	<p>Современная трактовка принципа природосообразности воспитания исходит из того, что воспитание должно основываться на научном понимании естественных и социальных процессов, согласовываться с общими законами развития природы и человека.</p>	<p>№8, С. 83</p>

5.	Что является системообразующим понятием методической системы обучения?	Цель является системообразующим понятием методической системы обучения	№2, С. 43
----	--	--	-----------

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 - работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ НА ПОНИМАНИЕ СУЩНОСТИ СОДЕРЖАНИЯ И МЕТОДИКИ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССЕ – ЭТО 5) мировоззрение педагога 6) профессиональное сознание 7) концепция обучения 8) педагогическая система	3	№8, С. 261
2.	ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ (ПРЕДМЕТ) УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 5) саморазвитие ученика благодаря усвоению содержания образования 6) решение познавательных задач 7) овладение знаниями, умениями, навыками 8) реализация потребности в знании.	1	№8, С. 270
Выберите несколько правильных ответов			
1.	ПРИ ВЫБОРЕ ЛИНЕЙНОЙ СТРУКТУРЫ ИЗЛОЖЕНИЯ		

	СОДЕРЖАНИЯ НУЖНО ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ 5) доступности 6) историзма 7) возрастных особенностей 8) последовательности и систематичности	1, 3, 4	№8, С. 266
2.	В ПЛАНЕ ЗАНЯТИЯ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ОФОРМЛЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ 5) содержание учебного материала 6) пояснительная записка 7) структура занятия 8) образцы решения учебных задач	1, 3, 4	№8, С. 266
	Установите последовательность этапов при подготовке преподавателя к лекции		
1.	1) Написание текста лекции 2) Уточнение объема материала, входящего в содержание лекции 3) Определение основной цели лекции 4) Детальная проработка структуры лекции 5) Придание тексту наглядности 6) Подготовка средств наглядности	3 -2-4-1-5-6	№2, С. 52

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	После разбора теоретического материала преподаватель предлагал студентам решить ситуационные задачи. Какую специфику ситуационной задачи использовал преподаватель?	Специфика ситуационной задачи заключается в том, что она носит ярко выраженный практико-ориентированный характер, но для ее решения необходимо конкретное предметное знание.	№9, С.98
2.	На занятиях в группе студентов преподаватель применил метод «мозгового штурма». Были сообщены студентам правила работы, сформулирована актуальная	В ходе занятия было нарушено требование к проведению «мозгового штурма»: на этапе генерации	№9, С.88

	<p>проблема и затем участники приступили к процессу генерации идей. После того как Павел Н. озвучил свое вариант решения проблемы, Екатерина К. громко сказала: «Да ведь это никогда не сработает, мне кажется, что данное решение абсолютно нереально!» «Почему Вам это кажется?» — спросил преподаватель. Екатерина начала обосновывать свою позицию, но тут ей возразила Евгения Р. Группа втянулась в активный спор, и о разработке новых решений было полностью забыто.</p> <p>Какое требование к проведению «мозгового штурма» было нарушено в ходе занятия?</p>	<p>идей - запрет на критику и любую оценку высказываемых идей.</p> <p>Обсуждение выдвинутых вариантов решения проблемы проходит на следующем этапе.</p>	
3.	<p>В своей практике педагог использует исключительно индивидуальный опрос учащихся у доски. Учащиеся уже хорошо знают, что в течение 15–20 минут их 2–3 одноклассника будут отвечать материал темы у доски, а в это время те, кто прошел такую же процедуру на последних занятиях, могут получить передышку и спокойно заниматься своими делами. Те же, кто ожидает своей очереди (давно не вызывали), будут напряженно ожидать опроса.</p> <p>Какое педагогическое требование к выбору методов проверки и оценки знаний не соблюдает в данном случае преподаватель?</p>	<p>В данном случае преподаватель не выполняет такое педагогическое требование к выбору методов проверки и оценки знаний, как оптимальность контроля (в единицу времени большее количество опрашиваемых путем оптимального подбора методов контроля).</p>	№8, С.158
4.	<p>Преподаватель медицинского вуза использует для проведения занятий по анатомии человека не только учебные видеофильмы, но и фильмы, записанные из популярных телевизионных передач, содержащие интересную для учащихся информацию по предмету. Чаще всего на демонстрацию фильма затрачивается от 40-50 минут учебного времени. Обычно фильм демонстрируется в начале учебного занятия по изучаемой на занятии теме. После просмотра фильма преподаватель разбирает вопросы,</p>	<p>Преподаватель при использовании фильмов допускает серьезные методические ошибки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перед запуском фильма не готовит учащихся, не формулирует задание; - фильм демонстрируется 40-50 минут (оптимальное время 10 минут), в результате не удерживается 	№9, С.82

	заданные на дом к этому занятию. Какие методические ошибки допускает преподаватель при использовании видеофильмов.	устойчивое внимание учащихся; - после просмотра не обсуждает увиденное.	
5.	Медицинская сестра с большим стажем работы в клинике перешла на работу в медицинский колледж. Проводит занятия по своему предмету, уделяя особое внимание формированию практических умений, но категорически отказывается выставлять текущие оценки обучающимся, считая, что контроль травмирует их, а для проверки знаний существует такая форма контроля, как экзамен, где и будет определено все, чему студенты научились на занятиях. Какие принципы осуществления педагогического контроля не учитывает преподаватель в данной ситуации?	Преподаватель в данной ситуации не учитывает принципы систематичности и всесторонности.	№8, С. 158

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Что такое содержание образования?	Система видов культурного опыта, подлежащего усвоению в образовательном процессе	№8, С. 273
2.	В чём заключается содержание деятельности преподавателя в технологии формирования профессионально-субъектной позиции?	Организация учебного модуля на получение разных видов опыта субъектности и развитие студентов средствами предмета	№8, С. 137
3.	На что требуется ориентироваться преподавателю при определении объёма содержания лекции?	Преподавателю при определении объёма содержания лекции необходимо ориентироваться на требования учебной программы	№8, С. 53
4.	В чём заключается содержание образовательных программ для пациентов?	Содержание образовательных программ для пациентов: 1)	№8, С. 57

		<p>предоставление больному информации о причинах и механизмах развития различных заболеваний, клинических проявлениях, принципах диагностики, современных подходах к лечению и профилактике.</p> <p>2) Обучение больных навыкам самоконтроля, принципам оказания помощи</p> <p>3) формирование партнерских отношений между врачом и больным, осознанного подхода к выполнению врачебных рекомендаций.</p>	
5.	Что представляет собой учебный модуль? Дайте определение.	<p>Учебный модуль - фрагмент содержания образования, характеризующийся явно обозначенными целью усвоения, составом объектов изучения, условиями начала изучения, плановой продолжительностью изучения, значимостью результатов усвоения, формами отчетности, шкалой оценок результатов.</p>	№8, С. 109
Результаты освоения ОП (компетенции)		Результаты обучения по дисциплине	
		Уметь	

ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 – осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования
--	--

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>БЕСЕДА — ЭТО</p> <p>1) количественно-качественный анализ документальных и материальных источников, позволяющий изучать продукты человеческой деятельности.</p> <p>2) метод сбора первичных данных на основе вербальной коммуникации.</p> <p>3) метод психологической диагностики, с помощью которого можно получить обширную информацию о человеке без непосредственного общения с ним</p>	2	№8, С.73
2.	<p>СРЕДСТВО ОБУЧЕНИЯ – ЭТО</p> <p>5) совокупность идеальных и материальных объектов, которые позволяют решить цели и задачи, поставленные в процессе обучения.</p> <p>6) приемы и методы получения, обобщения и систематизации знаний.</p> <p>7) набор педагогического инструментария для решения познавательных задач.</p> <p>8) все предметы материального мира, которые используются для организации занятий.</p>	1	№8, С. 66
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>НОРМАТИВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА</p> <p>5) дидактические теории</p> <p>6) педагогические концепции</p> <p>7) дидактические принципы</p> <p>8) закономерности обучения</p>	3, 4	№8, С. 268

2.	К КОНКРЕТНЫМ ФОРМАМ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ 1) рассказ 2) лекция 3) практическое занятие 4) семинар	2, 3, 4	№8, С. 267
Сопоставьте уровни на которых реализуется теоретическая функция педагогики и их описание			
1.	1. Описательный 2. Диагностический 3. Прогностический А. выявление состояния педагогических явлений и процессов Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности В. изучение передового и новаторского опыта Г. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции	4- В 5- А 6- Б	№2, С.10

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	В процессе преподавания на курсах повышения педагогической квалификации преподаватель обращается к опыту обучающихся преподавателей. Какую модель обучения применяет преподаватель?	Преподаватель применяет андрагогическую модель обучения.	№8, С.19
2.	Преподаватель старается каждое занятие сделать интересным для студентов. Какую психологическую закономерность обучения использует преподаватель?	Преподаватель использует психологическую закономерность обучения «Продуктивность обучения прямо	№8, С.26

		пропорциональна интересу учащихся к учебной деятельности».	
3.	В ходе занятия преподаватель часто использует тренировочные упражнения и напоминает студентам «повторение – мать учения». О какой психологической закономерности ведёт речь преподаватель?	Психологическая закономерность «Продуктивность обучения прямо пропорциональна количеству тренировочных упражнений»	№8, С.26
4.	В качестве входного контроля преподаватель часто использует соревновательные игры. На какую социологическую закономерность обучения опирается при этом преподаватель?	Социологическая закономерность «Эффективность обучения повышается в условиях познавательной напряжённости, вызванной соревнованием».	№8, С.27
5.	Студент В. недоволен, что преподаватель его постоянно спрашивает письменно и устно. На какую кибернетическую закономерность обучения ссылается преподаватель, объясняя студенту частоту контроля?	Преподаватель использует кибернетическую закономерность обучения «Эффективность обучения прямо пропорциональна частоте и объёму обратной связи».	№8, С.27

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Оценка и отметка – синонимы или нет? Дайте обоснование	Отметка является количественным выражением оценки. Оценка отражает результаты контроля и выражается в оценочных суждениях и заключениях преподавателя, которые могут быть сделаны в устной или письменной форме	№8, С. 155
2.	Дайте определение понятию «обученность».	Обученность - это система знаний,	№8, С. 277

		умений, навыков, соответствующая ожидаемому результату обучения.	
3.	Что вкладывают в понятие «обучаемость»?	Обучаемость – индивидуальные показатели скорости и качества усвоения человеком знаний, умений, навыков в ходе обучения.	№8, С. 277
4.	Какое определение даёт ЮНЕСКО образовательным технологиям?	Образовательные технологии – систематический метод планирования, применения и оценивания всего процесса обучения и усвоения знаний путем учета человеческих и технических ресурсов и взаимодействия между ними для достижения более эффективной формы образования	№8, С. 178
5.	Для чего используют портфолио?	Портфолио – образовательная технология накопления и систематизации информации, результатом которой становится индивидуальный пакет материалов, отражающих образовательную и рефлексивную деятельность обучающихся, его результаты и достижения.	№8, С. 168

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Уметь
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 - анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	УМЕНИЕ ВЫЯВЛЯТЬ, СИСТЕМАТИЗИРОВАТЬ И ПРИМЕНЯТЬ ЗНАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ФОРМИРУЕТ ТАКОЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ, КАК 5) ситуационный (кейс-стади) 6) демонстрация 7) познавательная игра 8) упражнение	1	№8, С.122
2.	ДИДАКТИКА КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ РАЗРАБАТЫВАЕТ 5) основы методологии педагогических исследований 6) сущность, закономерности и принципы обучения 7) сущность, закономерности и принципы воспитания 8) историю педагогики	2	№2, С.23
Выберите несколько правильных ответов			
1.	МЕТОДОЛОГИЯ – ЭТО 5) учение о научном методе познания 6) совокупность методов, применяемых в отдельных науках 7) синоним методики 8) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, её теории и практики	1, 2, 4	№8, С. 21

2.	ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ КАК 5) выбор теста 6) проведение тестирования 7) интерпретация результатов 8) самоанализ	1, 2, 3	№8, С. 167
	Сопоставьте понятия функции педагогики и уровни реализации		
1.	1. Проективный 2. Преобразовательный 3. Рефлексивный А. выявление состояния педагогических процессов Б. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции В. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания Г. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью её совершенствования.	1. – Б, 2. - Г 3. - В	№2, С. 10

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Контроль учебных достижений учащихся классифицируют на: традиционный, нетрадиционный, субъективный, объективный, самоконтроль. Укажите ошибку в классификации видов контроля.	Не указаны основания для классификации и объединили виды контроля по разным основаниям: по способам контроля, по характеру, по контролирующему лицу.	№8, С. 159
2.	При классификации видов контроля по массовости (охвату учащихся) ошиблись. Установите вид контроля, относящегося к другой группе, и укажите основания для классификации видов контроля этой группы. <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальный. • Фронтальный (учащиеся отвечают с места, дополняя 	Письменный контроль относится к другой группе, которую выделяют на основании формы контроля.	№8, С. 159

	<p>друг друга).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Письменный (письменные ответы на задания, написание рефератов, контрольных и самостоятельных). • Индивидуально-групповой (уплотненный, комбинированный)- его сущность в том, что педагог вызывает одного учащегося для устного ответа, а 4-5 человекам дает письменное задание на карточках. 		
3.	Какой приём создания проблемной ситуации использует преподаватель, если задаёт студентам такой вопрос. «В настоящее время широкое распространение получило вегетарианство, то есть употребление в пищу только растительных продуктов. Как вы относитесь к идее вегетарианского питания и почему? Дайте обоснованный ответ».	Методический приём - сталкивать разные мнения своих студентов.	№8, С. 115
4.	Подберите понятие к следующему определению «...процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основе соответствующего уровня развития личности».	Образование - процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основе соответствующего уровня развития личности.	№2, С. 13
5.	Преподаватель осуществлял целенаправленную деятельность, направленную на формирование у воспитанников определённых качеств личности, взглядов и убеждений. Какая педагогическая категория определяет данную деятельность педагога?	Воспитание	№2, С. 13

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятию «задача закрытого типа» и раскройте его содержательный смысл	Тип тестовых заданий, предусматривающий различные варианты	№9, С. 200

		ответа на поставленный вопрос заданий.	
2.	Дайте определение понятию «задача открытого типа» и раскройте его содержательный смысл	Тип тестовых заданий, предусматривающий свободные ответы испытуемых по сути задания без предлагаемых вариантов ответа	№9, С. 200
3.	Что понимают под контролем качества образования?	Комплекс мероприятий, направленных на обеспечение таких условий обучения, которые гарантируют получение на выходе результатов, соответствующих принятым образовательным стандартам.	№9, С.203
4.	Что такое педагогическое проектирование занятия?	Педагогическое проектирование занятия – предварительная разработка основных деталей предстоящей деятельности учащихся и педагогов.	№9, С.207
5.	Охарактеризуйте понятие «самовоспитание»	Самовоспитание – сознательная деятельность, направленная на возможно более полную реализацию человеком себя как личности.	№9, С.207

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-	1- методами обучения и воспитания обучающегося

статистических показателей	
----------------------------	--

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИСТЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА И ОБУЧАЮЩИХСЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УСВОЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ 5) метод обучения 6) методический приём 7) методология 8) подход	1	№9, С.205
2.	К НЕИМИТАЦИОННЫМ АКТИВНЫМ МЕТОДАМ ОТНЕСЕНА 1) деловая игра 2) поисковая лабораторная работа студента 3) педагогические ситуации 4) педагогические задачи	2	№9, С.64
Выберите несколько правильных ответов			
1.	ИГРА – ЭТО 6) активность индивида, направленная на условное моделирование некоей развернутой деятельности 7) форма деятельности в условных ситуациях, направленная на воссоздание и усвоение общественного опыта 8) система взаимосвязанных действий учащихся и преподавателя 9) система взаимосвязанных 10) действий учащихся	1, 2	№9, С.200
2.	К ТЕХНОЛОГИЯМ КОЛЛЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ОТНОСЯТ 5) разноуровневое обучение	2, 3, 4	№8, С.121

	б) коллективный способ обучения, коллективное взаимообучение 7) организованный диалог, сочтаный диалог 8) работа в парах сменного состава		
	Сопоставьте как дидактика и технология отвечают на вопрос		
1.	1. Дидактика А. Чему, зачем и как учить? 2. Технология Б. Как учить результативно и эффективно в конкретных педагогических условиях? В. Какие методологические основания использовать для разработки содержания образования и организации процесса обучения?	1.- А, В 2. - Б	№8, С.91

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на участие в общественном мероприятии. Какой приём обучения применит преподаватель, чтобы занятие не пропало?	Преподаватель может применить приём «каждый учит каждого».	№9, С.86
2.	Сгруппируйте данные ниже виды образовательных технологий, выделив основание. Образовательные технологии: технология модульного обучения, технология проблемного обучения, технология контекстного обучения, технология обучения в сотрудничестве, технологии проведения семинара в форме диалога, технология «Дебаты»; технологии актуализации мотивационного потенциала образовательной среды; технологии самопрезентации; технология	Виды образовательных технологий <i>технологии обучения:</i> технология модульного обучения, технология проблемного обучения, технология контекстного обучения, технология обучения в сотрудничестве, технологии проведения семинара в форме диалога, технология	№8, С.109

	<p>формирования учебно-исследовательской компетентности, формирования профессионально-субъектной позиции, технологии развития критического мышления; технологии рейтинга учебных достижений.</p>	<p>«Дебаты»; технологии актуализации потенциала субъектов образовательного процесса: технологии актуализации мотивационного потенциала образовательной среды; технологии самопрезентации; технология формирования учебно-исследовательской компетентности, формирования профессионально-субъектной позиции, технологии развития критического мышления экспертно-оценочные технологии: технологии рейтинга учебных достижений</p>	<p>№8, С.109</p> <p>№8, С.153</p>
3.	<p>Постройте причинно-следственную связь отражающую закономерности обучения</p> <p>Результаты обучения (?...)</p> <p>Причина \implies Следствие</p> <p>а) продолжительность обучения ?.....</p> <p>б) осознания целей обучения ?..... учениками</p>	<p>а) Результаты обучения прямо пропорциональны продолжительности обучения</p> <p>б). Результаты обучения находятся в прямой пропорциональной зависимости от осознания целей обучения учениками</p>	<p>№2, С.26</p>
4.	<p>При проведении тестирования преподаватель осуществляет меры, предотвращающие искажение результатов (списывание, подсказка) и утечку информации о содержании тестов. Чем должен преподаватель обеспечить студента при проведении тестирования?</p>	<p>При проведении тестирования у студента должна быть в наличии инструкция к выполнению.</p>	<p>№9, С.162</p>
5.	<p>Преподаватель кафедры</p>	<p>Роли: пациент, врач,</p>	<p>№9, С.132</p>

	терапевтической стоматологии разрабатывает сценарий игры «Первое посещение пациента врача-стоматолога с целью профилактического осмотра» Какие роли следует включить в сценарий?	медицинская сестра, медицинский регистратор, эксперт	
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте характеристику активным методам обучения	Активные методы – способы активизации учебно-познавательной деятельности студентов, которые побуждают их к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения материалом, когда активен не только преподаватель, но и студенты	№9, С.22
2.	На каких этапах учебного процесса можно использовать активные методы обучения?	На этапах - первичного овладения знаниями - контроля знаний - формирования профессиональных умений, навыков на основе знаний и развития творческих способностей.	№9, С.23
3.	Чем характеризуются неимитационные активные методы?	Неимитационные активные методы характеризуются 3) отсутствием модели изучаемого процесса 4) коммуникациями в режиме «вопрос-ответ»	№9, С.23
4.	Что является главным в методах активного обучения?	Главное в методах активного обучения – обеспечивают ли они у каждого обучающегося достижение	№9, С.25

		практического овладения профессиональной деятельностью.	
5.	Что из себя представляет технология «дебаты»?	Технология «дебаты» - чётко структурированный и специально организованный публичный обмен мыслями между двумя сторонами по актуальным темам. В ходе дебатов две команды, обсуждая заданную тему, сформулированную в виде утверждения, выдвигают свои аргументы и контраргументы, чтобы убедить членов жюри в своей правоте и опыте риторики	№9, С.73

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 - навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ 5) выполняется в команде 6) планируемая работа студентов, выполняемая по заданию и при методическом руководстве	2	№8, С.212

	преподавателя, но без его непосредственного участия 7) планируемая работа студентов, выполняемая по заданию преподавателя 8) планируемая работа студентов, выполняемая по заданию преподавателя и с его участием.		
2.	САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ РАБОТЫ ИМЕЮТ ЦЕЛЬ 4) закрепление знаний, формирование умений, навыков 5) научить студентов основам самостоятельного планирования своего учебного труда 6) научить студентов основам самостоятельной организации своего учебного труда обучение основам творчества	1	№8, С.214
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К ФОРМАМ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ОТНОСЯТ 5) внеаудиторную самостоятельную работу 6) аудиторную самостоятельную работу 7) творческую, в т.ч. научно-исследовательскую 8) тренинг	1, 2, 3	№8, С.218
2.	ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА ВКЛЮЧАЕТ СВОЕВРЕМЕННОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ О 5) тематическом содержании работы 6) сроках выполнения 7) потребности во вспомогательных средствах 8) формах, способах контроля и оценке итоговых результатов.	1, 2, 3, 4	№8, С.217
	Установите последовательность этапов самостоятельной работы студентов		
1.	1. организационный 2. мотивационно-деятельностный 3.подготовительный	3-1-2-4	№8, С.216

4. контрольно-оценочный		
-------------------------	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Преподавателю при приеме на работу дали ознакомиться с тремя образовательными программами: рекомендованной Минобразованием и науки РФ; инновационной, опубликованной в печати; утвержденной образовательным учреждением.</p> <p>Какую из представленных программ преподаватель должен считать обязательной основой для своей деятельности?</p>	Образовательную программу, утвержденную образовательным учреждением.	№8, С.41
2.	<p>Преподавателю поручили разработать адаптированную основную профессиональную образовательную программу для обучения инвалидов с учётом особенностей их психофизического развития.</p> <p>В каком законе преподаватель может ознакомиться с определением специальных условий для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья?</p>	Федеральный закон от 29 декабря 2012г №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 79	№8, С.31
3.	<p>Преподаватель, разрабатывая основную профессиональную образовательную программу ориентируется на примерную основную образовательную программу, размещенную на сайте Минобрнауки РФ. Должна ли разрабатываемая программа полностью соответствовать примерной программе?</p>	Нет, не должна. Основная профессиональная образовательная программа самостоятельно разрабатывается и утверждается высшим учебным заведением.	№8, С.41
4.	<p>Преподаватель работает в двух высших учебных заведениях. Будут ли отличаться рабочие программы одной и той же дисциплины в этих вузах?</p>	Рабочие программы одной и той же дисциплины в разных вузов различны, так как организации, осуществляющие	№8, С.34

		образовательную деятельность, разрабатывают и утверждают их самостоятельно согласно федеральному закону от 29 декабря 2012г №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».	
5.	Преподаватель, разрабатывая основную профессиональную образовательную программу специалитета учитывает требования федерального закона от 29 декабря 2012г №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федерального закона от 31.07.2020 N 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" по вопросам воспитания обучающихся», Какие документы еще надо учитывать преподавателю при разработке ОПОП?	Следует учитывать требования ФГОС ВО для данной специальности, примерную основную образовательную программу.	№8, С.41

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Что содержит основная профессиональная образовательная программа высшего образования высшего образования (ОПОП ВО)?	ОПОП ВО – это совокупность учебно-методической документации, включающей в себя учебный план, рабочие программы учебных курсов, предметов, дисциплин (модулей) и другие материалы,	№8, С. 41

		обеспечивающие воспитание и качество подготовки обучающихся, а также программы учебной и производственной практик, календарный учебный график и методические материалы, обеспечивающие реализацию соответствующей образовательной технологии.	
2.	Что необходимо учитывать преподавателю при формировании временного объема самостоятельной работы студента по предмету?	Преподавателю при формировании временного объема самостоятельной работы студента по предмету необходимо учитывать общую суммарную нагрузку студентов.	№8, С.216
3.	Что необходимо сделать преподавателю на мотивационно-деятельностном этапе самостоятельной работы студентов?	Преподаватель должен обеспечить положительную мотивацию деятельности студентов, проверку промежуточных результатов, организацию самоконтроля и самокоррекции	№8, С.217
4.	Различаются ли формы самостоятельной работы для студентов разных курсов?	Да. Студентов младших курсов надо научить работать с учебниками, источниками, писать конспекты, а далее готовить рефераты, курсовые, позже – дипломные работы	№8, С.220
5.	Охарактеризуйте основные направления построения учебного процесса на основе самостоятельной работы студентов.	3) Увеличение роли самостоятельной работы в процессе аудиторных занятий.	№8, С.223

		4) Повышение активности студентов по всем направлениям самостоятельной работы во внеаудиторное время.	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-2Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 - интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	«КАЖДЫЙ УЧИТ КАЖДОГО» ОТНОСЯТ К МЕТОДАМ ОБУЧЕНИЯ 5) активным 6) пассивным 7) интерактивным 8) рефлексивным	3	№9, С.26
2.	ТРЕНИНГ ОТДЕЛЬНОГО НАВЫКА РЕАЛИЗУЮТ 5) в проблемной лекции 6) в учебной деловой игре 7) на семинаре 8) на экскурсии	2	№9, С.120
Выберите несколько правильных ответов			
1.	ТИПЫ СИТУАЦИОННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ 5) задачи с недостаточными исходными данными 6) задачи с избыточными исходными данными 7) задачи с неопределённостью в	1, 2, 3, 4	№9, С.99

	<p>постановке вопроса</p> <p>8) задачи с противоречивыми сведениями в условии</p>		
2.	<p>ТИПЫ СИТУАЦИОННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ</p> <p>5) задачи допускающие лишь вероятностные решения</p> <p>6) задачи с ограниченным временем решения</p> <p>7) задачи, требующие использования предметов с необычной для них функцией</p> <p>8) задачи на обнаружение ошибки в решении.</p>	1, 2, 3, 4	№9, С.99
	Установите последовательность этапов проведения деловой игры		
1.	<p>1. ознакомление студентов с исходной информацией</p> <p>2. проведение игры</p> <p>3. подготовка участников к игре</p> <p>4. анализ игры</p>	1 -3-2-4	№9, С.121

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Молодой преподаватель полагал, что любой учебный материал может быть использован для проблемного обучения. Опытный преподаватель придерживался мнения, что не всякий учебный материал может быть использован для проблемного обучения.</p> <p>Кто из преподавателей прав? Ответ обоснуйте.</p>	<p>Прав опытный преподаватель. Ни слишком трудная, ни слишком легкая познавательная задача не создает проблемной ситуации для обучающихся.</p>	№8, С.116
2.	<p>На занятии преподаватель предъявлял группе противоречивые факты, научные теории или взаимоисключающие точки зрения. Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель?</p>	<p>Преподаватель использовал приём создания проблемной ситуации - создание ситуации выбора.</p>	№8, С.115
3.	<p>«Простейших поместили в две колбы: одну с родниковой водой, а другую с кипячёной. В одной из колб через некоторое время простейшие погибли. Как вы объясните, почему</p>	<p>Преподаватель использовал приём создания проблемной ситуации - отыскание причин,</p>	№8, С.115

	в одной из колб погибли простейшие?» Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель, предлагая обучающимся данную задачу?	обусловливающих явление, анализа изучаемого материала	
4.	При изучении темы «Происхождение человека» преподаватель предложил задачу: «Дриопитек в основном питался растительной пищей, а неандерталец – преимущественно животной. Каким образом можно объяснить такие различия?» Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель, предлагая обучающимся данную задачу?	Преподаватель использовал приём создания проблемной ситуации - способ аналогий	№8, С.115
5.	На занятии преподаватель привел исторические факты – обнаружение И.И. Мечниковым фагоцитов и противостояние представлением Пауля Эрлиха о гуморальной теории иммунитета. Дискуссия длилась 15 лет. Какой приём создания проблемной ситуации использовал преподаватель?	В данном случае преподаватель в роли проблемной ситуации использовал мотивирующий приём «яркое пятно».	№8, С.115

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Расскажите о методе проведения занятия «снежный ком»	«Снежный ком»-образное название метода проведения учебного занятия, которое начинается с того, что студентам даётся индивидуальное время на размышление. Затем начинается обсуждение в группах по два, четыре, восемь человек и т. д. до тех пор, пока в осуждении примет участие вся группа.	№9, С.93
2.	Как можно классифицировать кейсы по целям и задачам обучения?	Кейсы можно классифицировать по	№9, С.107

		целям и задачам обучения на - обучающие анализу и оценке - обучающие решению проблем и принятию решений - иллюстрирующие проблему, решение или концепцию в целом.	
3.	Как можно классифицировать кейсы по степени воздействия основных источников ?	По степени воздействия основных источников кейсы классифицируют на - практические кейсы - обучающие кейсы - научно-исследовательские кейсы	№9, С.108
4.	В какой последовательности проводится оценка деятельности обучающегося при проведении занятия с использованием интерактивных методов обучения?	Деятельность обучающегося при проведении занятия с использованием интерактивных методов обучения оценивается в последовательности: самооценка, взаимоконтроль, комментарий преподавателя	№9, С.29
5.	Чем отличается оценочный кейс от кейса обучающего?	При составлении оценочных кейсов учитываются временные рамки, отводимые для зачёта или экзамена, и кейс для разбора клинического случая содержит все необходимые сведения без избыточных или недостающих данных.	№9, С.165

4. Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

15. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ

Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	61 – 75
Хорошо (4) -91-100	76– 90
Отлично (5)	91 – 100

16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

17. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

18. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

12.1 Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.

10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в переднее - верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интимае множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интимае аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1оС. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижение АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого

желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке

- множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга. На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота

«кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38оС. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато- красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая

<p>- трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>- пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	---

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии</p> <p>- трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>- пяти критериям Отлично (5)</p>	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27. Знание алгоритма решения
	28. Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Фонд оценочных средств по дисциплине Медицина чрезвычайных ситуаций

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)/вид и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции (ИУК)		
	ИУК-1 (знать)	ИУК-2 (уметь)	ИУК-3 (владеть)
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	- Подходы к анализу проблемной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними. Знает решения по устранению недостающей информации на основании проведенного анализа. Знает методы критического анализа информационных источников	- Критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников. Умеет системно проанализировать проблемную ситуацию, выявляя составляющие и связи между ними.	- Способен разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов.
	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (ИОПК)		
	ИОПК-1 (знать)	ИОПК-2 (уметь)	ИОПК-3 (владеть)
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	- Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний в условиях чрезвычайных ситуаций - Порядок оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, клинические рекомендации	- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пострадавших (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций - Интерпретировать и анализировать информацию, полученную в ходе сбора анамнеза в условиях чрезвычайных ситуаций - Оценивать	- Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пострадавших в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) состояниями - Интерпретация информации, полученной в ходе сбора анамнеза в условиях чрезвычайных ситуаций - Осмотр пострадавших в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и

	<p>(протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций</p> <ul style="list-style-type: none"> - Методика сбора анамнеза жизни и заболевания, жалоб с заболеваниями и (или) состояниями в условиях чрезвычайных ситуаций - Методика осмотра и обследования пострадавших с заболеваниями и (или) состояниями в условиях чрезвычайных ситуаций - Методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья в условиях чрезвычайных ситуаций - Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний в условиях чрезвычайных ситуаций - Современные методы клинической диагностики заболеваний и (или) 	<p>анатомо-функциональное состояние органов и систем при заболеваниях и (или) патологических состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций</p> <ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пострадавших с заболеваниями и (или) состояний в условиях чрезвычайных ситуаций - Выявлять клинические симптомы и синдромы заболеваний и (или) состояний у пострадавших в чрезвычайных ситуациях - Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях 	<p>(или) состояниями</p> <ul style="list-style-type: none"> - Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных исследований и инструментальных обследований при заболеваниях и состояниях пострадавших в чрезвычайных ситуациях -Интерпретация результатов осмотра, лабораторного исследования и инструментального обследования пострадавших с заболеваниями и (или) состояний в условиях чрезвычайных ситуаций - Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях
--	---	--	--

	состояний в условиях чрезвычайных ситуаций - Заболевания и (или) состояния органов, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме		
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	- Порядок оказания медицинской помощи пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций - Современные методы лечения заболеваний и (или) патологических состояний в условиях чрезвычайных ситуаций в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Принципы и методы оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) состояниями в неотложной форме в соответствии с	- Разрабатывать план лечения пострадавших с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) патологическими состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,	- Разработка плана лечения пострадавших с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) патологическими состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пострадавшим с заболеваниями и (или) патологическими состояниями пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оказание медицинской помощи в неотложной форме пострадавшим с заболеваниями и (или) патологическими состояниями пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	- Методика сбора жалоб и анамнеза у пострадавших в чрезвычайных ситуациях - Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций	- Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской	- Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме - Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций

	<p>организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p>	<p>помощи в экстренной форме - Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) - Применять лекарственные препараты и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме - Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации</p>	<p>организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) - Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>
--	---	--	---

2. Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

1. Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html>
2. Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html>
3. Марченко, Б. И. Психофизиология экстремальных ситуаций : учебное пособие / Б. И. Марченко. - Ростов-на-Дону : ЮФУ, 2020. - 115 с. - ISBN 978-5-9275-3629-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/YUFU-2021080514.html>
4. Дыхан, Л. Б. Меры защиты и действия населения в чрезвычайных ситуациях социального характера : учебное пособие / Л. Б. Дыхан. - Ростов н/Д : ЮФУ, 2019. - 116 с. - ISBN 978-5-9275-3279-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785927532797.html>
5. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html>
6. Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.html>
7. Рогозина, И. В. Медицина катастроф / И. В. Рогозина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-5162-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451625.html>

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 -Подходы к анализу проблемной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними. Знает решения по устранению недостающей информации на основании проведенного анализа. Знает методы критического анализа информационных источников
--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Всероссийская служба медицины катастроф – это:</p> <p>а) функциональная подсистема РСЧС;</p> <p>б) территориальная подсистема РСЧС;</p> <p>в) структурное подразделение МЧС;</p> <p>г) структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.</p>	а) функциональная подсистема РСЧС	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:</p> <p>а) неврологическое отделение;</p> <p>б) травматологическое отделение;</p> <p>в) хирургическое отделение;</p> <p>г) нейрохирургическое отделение.</p>	в) хирургическое отделение;	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>

			46.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	По виду (характеру) источника ЧС подразделяют на: а) биолого-социальные катастрофы; б) природные катастрофы; в) техногенные катастрофы; г) региональные катастрофы; д) локальные катастрофы; е) экологические катастрофы (в атмосфере, биосфере, гидросфере и литосфере).	а) биолого-социальные катастрофы; б) природные катастрофы; в) техногенные катастрофы; е) экологические катастрофы (в атмосфере, биосфере, гидросфере и литосфере).	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	Основными задачами бригад специализированной медицинской помощи постоянной готовности (БСМП) являются: а) медицинская сортировка пораженных; б) оказание соответствующей медицинской помощи пораженным и лечение нетранспортабельных пораженных; в) подготовка пораженных к эвакуации в специализированные ЛПУ г) проведение санитарно-авиационной эвакуации пострадавших д) реабилитация пострадавших е) специальная обработка пострадавших	а) медицинская сортировка пораженных; б) оказание соответствующей медицинской помощи пораженным и лечение нетранспортабельных пораженных; в) подготовка пораженных к эвакуации в специализированные ЛПУ;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Сопоставьте подразделения полевого многопрофильного госпиталя: а) приемно-диагностическое	приемно-диагностическое отделение; эвакуационное отделение; аптека - штатные подразделения госпиталя	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков

	<p>отделение; б) сортировочная бригада; в) эвакуационное отделение; г) дежурная бригада экстренного реагирования; д) общехирургическая бригада; е) аптека.</p> <p>1. штатные подразделения госпиталя 2. нештатные подразделения госпиталя.</p>	<p>сортировочная бригада; дежурная бригада экстренного реагирования; общехирургическая - нештатные подразделения госпиталя</p>	<p>Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>
--	--	--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
16.	<p>Дайте определение понятию «чрезвычайная ситуация»</p>	<p>Это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
17.	<p>Дайте определение понятию «медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации ЧС»</p>	<p>Это комплекс мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, включающий проведение органами здравоохранения организационных, эвакуационных и санитарно-противоэпидемических (профилактических)</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

		мероприятий по устранению непосредственной опасности для жизни и здоровья людей, созданию благоприятных условий для успешного их последующего лечения и реабилитации.	студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
18.	Назовите виды санитарных потерь среди населения во чрезвычайных ситуациях	<p>1) Все потери среди населения называют общими потерями. Общие потери делятся на безвозвратные и санитарные.</p> <p>2) К безвозвратным потерям относятся убитые, умершие, утонувшие, пропавшие без вести.</p> <p>3) К санитарным потерям относятся пораженные и больные, потерявшие трудоспособность на срок не менее 1 суток и поступившие в медицинские пункты или медицинские учреждения.</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>
19.	Дайте определение понятию «стихийное бедствие»	Это опасное природное явление или процесс геофизического, геологического, гидрологического, атмосферного, биосферного и другого происхождения такого масштаба, который вызывает катастрофические ситуации, характеризующиеся: внезапным нарушением нормальных условий жизнедеятельности населения; разрушением и уничтожением	Безопасность жизнедеятельности и, медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт].

		материальных ценностей; поражением или гибелью людей.	- URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html
20.	Охарактеризуйте понятие «ЧС для здравоохранения»	ЧС для здравоохранения - обстановка, сложившаяся на объекте, в зоне (районе) в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, военных действий, характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных (больных), резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения для медико-санитарного обеспечения сил и средств здравоохранения, находящихся за пределами объекта (зоны, района) ЧС, а также особой организации работы медицинских учреждений и формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Уметь
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - Критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников. Умеет системно проанализировать проблемную ситуацию, выявляя составляющие и связи между ними.

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Региональная чрезвычайная характеризуется: а) в пределах территории двух и более субъектов РФ, количество пострадавших – 51-500; б) в пределах территории одного субъекта РФ, количество пострадавших – 51-500; г) в пределах одного поселения или внутригородской территории города федерального значения, количество пострадавших – 11-50; д) в пределах территории объекта, количество пострадавших – до 10.	б) в пределах территории одного субъекта РФ, количество пострадавших – 51-500;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	В соответствии с «Положением о Всероссийской службе медицины катастроф», в ее задачи не входит: а) организация ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, в том числе организация и оказание медицинской помощи, включая и медицинскую эвакуацию; б) сбор, обработка и предоставление информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территорий от ЧС; в) инженерная защита объектов экономики от воздействия факторов ЧС; г) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий ЧС; д) информирование населения о	в) инженерная защита объектов экономики от воздействия факторов ЧС;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

	медико-санитарной обстановке в зоне ЧС и принимаемых мерах;		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К ЧС техногенного характера относятся: а) пожары, взрывы; б) природные пожары; в) аварии с выбросом АХОВ; г) наводнения; д) аварии с выбросом РВ; е) землетрясение.	а) пожары, взрывы; в) аварии с выбросом АХОВ; д) аварии с выбросом РВ.	Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html
2.	По происхождению опасности классифицируются на: а) физические; б) природные; в) техногенные; г) антропогенные; д) химические; е) биологические.	б) природные; в) техногенные; г) антропогенные;	Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Сопоставьте характеристики с этапом медицинской эвакуации:	медицинская помощь осуществляется с	Левчук, И. П. Медицина

<p>а) на временном пункте сбора пораженных проводят медицинскую и эвакуационно-транспортную сортировку;</p> <p>б) медицинская помощь осуществляется с участием медицинского персонала объекта, местного лечебно-профилактического учреждения здравоохранения, мобильных формирований;</p> <p>в) пострадавшим обеспечивается полный объем специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи</p> <p>г) оказание первичной медико-санитарной помощи по жизненным показаниям осуществляется в очаге поражения или вблизи него;</p> <p>д) медицинская помощь реализуется с помощью лечебно-профилактических учреждений ведомственного, территориального, регионального здравоохранения и специализированных лечебных учреждений службы медицины катастроф;</p> <p>е) пострадавшим осуществляется лечение до исходов и проводятся реабилитационные мероприятия.</p> <p>1) догоспитальный этап 2) госпитальный этап</p>	<p>участием медицинского персонала объекта, местного лечебно-профилактического учреждения здравоохранения, мобильных формирований;</p> <p>оказание первичной медико-санитарной помощи по жизненным показаниям осуществляется в очаге поражения или вблизи него;</p> <p>на временном пункте сбора пораженных проводят медицинскую и эвакуационно-транспортную сортировку - догоспитальный период.</p> <p>медицинская помощь реализуется с помощью лечебно-профилактических учреждений ведомственного, территориального, регионального здравоохранения и специализированных лечебных учреждений службы медицины катастроф;</p> <p>пострадавшим обеспечивается полный объем специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим осуществляется лечение до исходов и проводятся реабилитационные мероприятия -</p>	<p>катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>
---	--	---

	госпитальный период	
--	---------------------	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
13.	Назовите медицинские последствия чрезвычайных ситуаций.	<p>1) среди населения;</p> <p>2) психические нарушения у пораженных;</p> <p>3) осложненная санитарно-гигиеническая и эпидемическая обстановка в очаге поражения;</p> <p>4) дезорганизация системы управления территориального здравоохранения и потери медицинских сил и средств;</p> <p>5) нарушение жизнеобеспечения населения в зоне ЧС и прилегающих к ней районах.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
14.	Перечислите основные задачи медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации ЧС.	<p>2) организация и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий;</p> <p>3) медицинское обеспечение непораженного населения в районе ЧС;</p> <p>4) санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;</p> <p>5) организация обеспечения медицинским имуществом и санитарной техникой медицинских учреждений и формирований;</p> <p>6) медицинское обеспечение контингента, привлекаемого для ведения спасательных,</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>

		аварийных и восстановительных работ; 7) судебно-медицинская экспертиза погибших и судебно-медицинское освидетельствование пострадавших и др.	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - Способен разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов.

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Основой ВСМК является: а) служба медицины катастроф Минобороны России; б) медицинские силы и средства МЧС России; в) служба медицины катастроф Минздрава России; г) медицинские силы и средства МВД России.	в) служба медицины катастроф Минздрава России;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	Территория с находящимися на ней людьми, техникой, подвергшаяся заражению токсичными	б) очаг химического поражения;	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности

	<p>химическими веществами называется:</p> <p>а) зона химического заражения</p> <p>б) очаг химического поражения</p> <p>в) территория химического заражения</p> <p>г) область химического заражения</p>		<p>, медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.html</p>
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Укажите нештатные подразделения полевого многопрофильного госпиталя (ПМГ) ВЦМК «Защита»:</p> <p>а) сортировочная бригада;</p> <p>б) эвакуационная бригада;</p> <p>в) общехирургическая бригада;</p> <p>г) реанимационная бригада;</p> <p>д) госпитальная бригада;</p> <p>е) санитарная бригада.</p>	<p>а) сортировочная бригада;</p> <p>б) эвакуационная бригада;</p> <p>в) общехирургическая бригада;</p> <p>г) реанимационная бригада.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>К безвозвратным потерям относятся:</p> <p>а) умершие;</p> <p>б) пораженные и больные, потерявшие трудоспособность на срок не менее 1 суток;</p> <p>в) пропавшие без вести;</p> <p>г) утонувшие;</p> <p>д) поступившие в медицинские пункты или медицинские учреждения;</p> <p>е) пострадавшие на амбулаторном лечении.</p>	<p>а) умершие;</p> <p>в) пропавшие без вести;</p> <p>г) утонувшие;</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Сопоставьте понятия: а) природные опасности; б) техногенные опасности; в) социальные опасности; г) политические опасности. 1) опасности, связанные с использованием технических средств; 2) опасности, вызванные низким духовным и культурным уровнем людей; 3) природные объекты, явления природы, стихийные бедствия, представляющие угрозу для жизни и здоровья человека; 4) конфликты на национальной, религиозной, военно-политической, экономической, межгосударственной почве.	а) природные опасности – 3) природные объекты, явления природы, стихийные бедствия, представляющие угрозу для жизни и здоровья человека; б) техногенные опасности – 1) опасности, связанные с использованием технических средств; в) социальные – 2) опасности, вызванные низким духовным и культурным уровнем людей; г) политические опасности – 4) конфликты на национальной, религиозной, военно-политической, экономической, межгосударственной почве.	Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятию «катастрофа»	Катастрофа - внезапное, быстротечное событие, повлекшее за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей, разрушение или уничтожение объектов и других материальных ценностей в значительных размерах, а также нанесшее серьезный	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

		ущерб окружающей среде.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Перечислите возможные причины механических повреждений различной тяжести во время наводнения	1) непосредственное динамическое воздействие на пораженного волны прорыва; 2) травмирующее действие обломков зданий, сооружений, разрушаемых волной прорыва; 3) повреждающее действие различных предметов, вовлекаемых в движение волной прорыва.	Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.htm 1

ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	1 - Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний в условиях чрезвычайных ситуаций.

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Региональная чрезвычайная характеризуется: а) в пределах территории двух и более субъектов РФ, количество	б) в пределах территории одного субъекта РФ, количество	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л.

	<p>пострадавших – 51-500;</p> <p>б) в пределах территории одного субъекта РФ, количество пострадавших – 51-500;</p> <p>г) в пределах одного поселения или внутригородской территории города федерального значения, количество пострадавших – 11-50;</p> <p>д) в пределах территории объекта, количество пострадавших – до 10.</p>	<p>пострадавших – 51-500;</p>	<p>Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>В соответствии с «Положением о Всероссийской службе медицины катастроф», в ее задачи не входит:</p> <p>а) организация ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, в том числе организация и оказание медицинской помощи, включая и медицинскую эвакуацию;</p> <p>б) сбор, обработка и предоставление информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территорий от ЧС;</p> <p>в) инженерная защита объектов экономики от воздействия факторов ЧС;</p> <p>г) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий ЧС;</p> <p>д) информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне ЧС и принимаемых мерах;</p>	<p>в) инженерная защита объектов экономики от воздействия факторов ЧС;</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>
<p>Выберите несколько правильных ответов</p>			
1.	<p>К ЧС техногенного характера относятся:</p> <p>а) пожары, взрывы;</p> <p>б) природные пожары;</p> <p>в) аварии с выбросом АХОВ;</p> <p>г) наводнения;</p> <p>д) аварии с выбросом РВ;</p> <p>е) землетрясение.</p>	<p>а) пожары, взрывы;</p> <p>в) аварии с выбросом АХОВ;</p> <p>д) аварии с выбросом РВ.</p>	<p>Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html
2.	По происхождению опасности классифицируются на: а) физические; б) природные; в) техногенные; г) антропогенные; д) химические; е) биологические.	б) природные; в) техногенные; г) антропогенные;	Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	Сопоставьте характеристики с этапом медицинской эвакуации: а) на временном пункте сбора пораженных проводят медицинскую и эвакуационно-транспортную сортировку; б) медицинская помощь осуществляется с участием медицинского персонала объекта, местного лечебно-профилактического учреждения здравоохранения, мобильных формирований; в) пострадавшим обеспечивается полный объем специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи г) оказание первичной медико-санитарной помощи по жизненным показаниям осуществляется в очаге поражения или вблизи него;	медицинская помощь осуществляется с участием медицинского персонала объекта, местного лечебно-профилактического учреждения здравоохранения, мобильных формирований; оказание первичной медико-санитарной помощи по жизненным показаниям осуществляется в очаге поражения или вблизи него; на временном пункте сбора пораженных проводят медицинскую и эвакуационно-	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

	<p>д) медицинская помощь реализуется с помощью лечебно-профилактических учреждений ведомственного, территориального, регионального здравоохранения и специализированных лечебных учреждений службы медицины катастроф;</p> <p>е) пострадавшим осуществляется лечение до исходов и проводятся реабилитационные мероприятия.</p> <p>1) догоспитальный этап 2) госпитальный этап</p>	<p>транспортную сортировку - догоспитальный период.</p> <p>медицинская помощь реализуется с помощью лечебно-профилактических учреждений ведомственного, территориального, регионального здравоохранения и специализированных лечебных учреждений службы медицины катастроф;</p> <p>пострадавшим обеспечивается полный объем специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим осуществляется лечение до исходов и проводятся реабилитационные мероприятия - госпитальный период</p>	
--	---	---	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Какими штатными медицинскими организациями и формированиями служба медицины катастроф представлена на федеральном уровне?</p>	<p>2) «Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита»;</p> <p>3) медицинскими организациями ФМБА и РАН;</p> <p>4) специализированными организациями государственной санитарно-эпидемиологической службы;</p> <p>5) клиническими</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>

		<p>базами, для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, а также оказания экстренной и консультационной медицинской помощи населению;</p> <p>б) научными базами для решения проблем медицины катастроф.</p>	
2.	<p>Дайте определение понятию «радиационная обстановка»</p>	<p>Совокупность условий, возникающих в результате загрязнения местности, приземного слоя воздуха и водоемных радиоактивными веществами (газами) и оказывающих влияние на аварийно-спасательные работы и жизнедеятельность населения</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>
3.	<p>Перечислите требования, предъявляемые к иритантам, как к отравляющим веществам</p>	<p>Высокая избирательность к биомишениям, быстрота действия, обратимость действия, низкий порог чувствительности, кратковременность действия.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
4.	<p>В чем заключается сущность химической стадии биологического</p>	<p>2) образовавшиеся свободные радикалы</p>	<p>Колесниченко, П. Л.</p>

	действия ионизирующих излучений?	вступают в химические реакции как между собой, так и с молекулами; 3) образование широкого спектра молекул с измененными структурой и функциональными свойствами	Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	----------------------------------	---	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	2 - Порядок оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Задачи Всероссийской службы медицины катастроф: а) оповещение населения об угрозе чрезвычайных ситуаций; б) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; в) медицинское снабжение лечебных учреждений для обеспечения их повседневной деятельности;	б) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС

	г) проектирование и строительство убежищ и противорадиационных укрытий.		"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	<p>Аварийно-опасными химическими веществами называются:</p> <p>а) химические вещества или рецептуры, предназначенные для поражения и уничтожения различных видов растительности;</p> <p>б) химические вещества, которые могут быть использованы террористическими группировками и диверсионными группами для заражения продовольствия, воды, других предметов;</p> <p>в) вещества, находящиеся на химически опасных объектах в значительных количествах, при аварийных выбросах которых может произойти химическое заражение окружающей среды в концентрациях и количествах, опасных для жизни и здоровья людей, животных и растений;</p> <p>г) токсичные химикаты, предназначенные для снаряжения химических боеприпасов и устройств, составляющих основу химического оружия для применения в условиях ведения боевых действий.</p>	<p>в) вещества, находящиеся на химически опасных объектах в значительных количествах, при аварийных выбросах которых может произойти химическое заражение окружающей среды в концентрациях и количествах, опасных для жизни и здоровья людей, животных и растений;</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.html</p>
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Лечебно-эвакуационное обеспечение предусматривает проведение мероприятий:</p> <p>а) розыск пораженных и оказание им медицинской помощи;</p> <p>б) судебно-медицинское освидетельствование пострадавших;</p> <p>в) вынос (вывоз) пострадавших за пределы очага поражения;</p> <p>г) отправку их на ближайшие этапы медицинской эвакуации и в лечебные учреждения с целью оказания необходимой медицинской помощи, лечения и реабилитации;</p>	<p>а) розыск пораженных и оказание им медицинской помощи;</p> <p>в) вынос (вывоз) пострадавших за пределы очага поражения;</p> <p>г) отправку их на ближайшие этапы медицинской эвакуации и в лечебные учреждения с целью оказания необходимой</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>

	д) первой помощи; е) лабораторной диагностики.	медицинской помощи, лечения и реабилитации.	brary.ru/book/ISBN9 785970460146.html
2.	К защитным мероприятиям при радиационной аварии относятся: а) йодная профилактика; б) специальная обработка жидкостью ИПП-10; в) прием сорбентов; г) прием антибактериальных препаратов; д) эвакуация; е) использование средств индивидуальной защиты.	а) йодная профилактика; д) эвакуация; е) использование средств индивидуальной защиты.	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	3 - Методика сбора анамнеза жизни и заболевания, жалоб с заболеваниями и (или) состояниями в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Как классифицируется костно-мозговая форма острой лучевой болезни?	1) Легкая (I) степень 2) Средняя (II) степень 3) Тяжелая (III) степень 4) Крайне-тяжелая степень (IV)	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	Назовите условия развития и признаки апоплексической формы острого отравления оксидом углерода.	<p>1) Наблюдается при воздействии очень высоких концентраций окиси углерода.</p> <p>2) После нескольких вдохов пострадавший теряет сознание, падает,</p> <p>3) Развиваются кратковременные судороги и наступает смерть.</p>	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Чем обусловлено токсическое действие цитотоксикантов?	<p>1) Способностью вызывать местные воспалительно-некротические изменения кожи и слизистых оболочек.</p> <p>2) выраженным резорбтивным действием.</p>	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
4.	Дайте определение понятию «стохастические (вероятностные) эффекты»	1) вредные биологические эффекты излучения, не имеющие дозового порога возникновения;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.

		2) вероятность возникновения которых пропорциональна дозе; 3) для которых тяжесть проявления не зависит от дозы.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
5.	Какие этапы выделяют в кинетике поступивших в организм радионуклидов?	1) образование на месте поступления первичного депо (кожа, раны, слизистые оболочки ЖКТ, верхних дыхательных путей); 2) всасывание с мест поступления в кровь или лимфу; 3) инкорпорирование в критическом органе (образование вторичных депо); 4) выведение различными путями, в том числе и в процессе рециркуляции.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	4 - Методика осмотра и обследования пострадавших с заболеваниями и (или) состояниями в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Опишите клиническую картину эйфорической формы отравления оксидом углерода	1) Наблюдается речевое и двигательное возбуждение. 2) Внешне картина отравления напоминает алкогольное или наркотическое опьянение. 3) Затем, на фоне «благополучия», пострадавший теряет сознание, у него резко нарушаются дыхание и сердечная деятельность.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Дайте определение понятию «нестохастические (детерминированные) эффекты»	1) неизбежные, клинически выявляемые вредные биологические эффекты; 2) возникающие при облучении дозами; 3) в отношении которых существует порог, ниже которого эффект отсутствует, а выше - тяжесть эффекта зависит от дозы.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
Выберите несколько правильных ответов			
1.	Укажите симптомы, характерные для сосудисто-токсемической формы острой лучевой болезни: а) развивается при облучении свыше 50 Гр; б) токсико-гипоксическая энцефалопатия, обусловленная нарушением церебральной ликвородинамики и токсемией;	б) токсико-гипоксическая энцефалопатия, обусловленная нарушением церебральной ликвородинамики и токсемией;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст :

	ликворогемодинамики и токсемией; в) развивается при облучении в пределах 20-25 Гр; г) пораженные гибнут на 4-8-е сутки; д) смерть наступает от паралича дыхания в первые часы или первые 2-3 суток; е) нарушена барьерная функция кишечной стенки для микрофлоры и бактериальных токсинов.	в) развивается при облучении в пределах 20-25 Гр; г) пораженные гибнут на 4-8-е сутки;	электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие симптомы преобладают в клинической картине кишечной формы острой лучевой болезни? Какой прогноз для жизни при данной форме острой лучевой болезни?	1) Признаки энтерита и токсемии, обусловленные радиационным поражением кишечного эпителия, нарушением барьерной функции кишечной стенки для микрофлоры и бактериальных токсинов 2) Прогноз неблагоприятный. Смерть наступает на 2-й неделе или в начале 3-й.	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	Перечислите стадии острого отравления синильной кислотой замедленного течения.	1) Начальная стадия 2) Диспноэтическая стадия 3) Судорожная стадия 4) Паралитическая стадия	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

3.	Опишите клиническую картину лучевого ожога кожи II степени	<p>1) Происходит частичная гибель эпидермиса, который отслаивается с образованием тонкостенных пузырей, содержащих прозрачный желтоватый экссудат.</p> <p>2) Эпителизация происходит за счет регенерации сохранивших жизнеспособность глубоких слоев эпидермиса.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
----	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	5 - Методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Водитель В. два дня назад с целью опьянения выпил около 80 мл антиобледенителя. После употребления данной жидкости почувствовал легкое опьянение, спал плохо, мучили кошмары, жажда, головная боль. В последующие сутки отмечалось уменьшение количества мочи, появились отеки на лице, усиление головной боли, тошнота</p> <p>Этап первой врачебной помощи. При осмотре: сознание спутанное,</p>	<p>1) Диагноз: Острое пероральное отравление этиленгликолем средней степени тяжести. Токсическая нефропатия. Острая почечная недостаточность. Гастроинтестинальный синдром.</p> <p>2) Объем помощи:</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-</p>

	<p>отмечается небольшое возбуждение, положение активное, лицо одутловатое, кожа лица, шеи гиперемирована. Пульс 100 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Первый тон на верхушке ослаблен. АД 140/80 мм.рт.ст. Число дыханий 24 в мин. Дыхание ритмичное, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Живот мягкий, чувствительный при глубокой пальпации в проекции почек. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области резко болезненно с обеих сторон. Диурез отсутствует. При исследовании периферической крови все показатели в пределах нормальных значений. При биохимическом исследовании крови: повышение уровня мочевины до 0,85 г/л, креатинина до 0,4 ммоль/л, калия до 5,0 ммоль/л.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулировать и обосновать диагноз. 2. Определить объем помощи на этапе первой врачебной помощи. 	<p>- зондовое промывание желудка водой или 2% раствором гидрокарбоната натрия, введение через зонд гидрокарбоната натрия (5-6 г), солевого слабительного (30 г – магния сульфата);</p> <p>- этиловый спирт по 50-100 мл 30% раствора каждые 4 часа перорально;</p> <p>- хлорид кальция 10 мл 10% раствора в 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, сернокислая магнезия 10 мл 25% раствора внутривенно.</p> <p>Подлежит срочной эвакуации в специализированное лечебное учреждение, где есть возможность проведения гемодиализа.</p>	<p>9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>
2.	<p>Пострадавший С., доставлен из очага химической аварии. Со слов сопровождающего санитарного дружинника известно, что пострадавший с опозданием надел противогаз. В порядке взаимопомощи введен антидот. При осмотре: состояние тяжелое. Сопор. Зрачки точечные. Кожа влажная, бледная, губы цианотичные. Несинхронные распространенные миофибрилляции по всему телу. Рвота, произвольная дефекация. Периодически двигательное возбуждение, гиперкинезы, переходящие в клонические (клонико-тонические) судороги. Одышка, бронхоспазм. Пульс 90 в 1 мин, ритмичный, напряжен. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца ослаблены. Дыхание жесткое, сухие</p>	<p>1) Диагноз: Острое ингаляционное поражение АОХВ нервно-паралитического действия тяжелой степени, судорожная форма. Токсическая и гипоксическая энцефалопатия, сопор. Бронхоспастический синдром. Гастроинтестинальный синдром. Токсическая миопатия.</p> <p>2) Объем помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - частичная санитарная обработка; - снятие противогаза; - антидотная терапия (атропина сульфата 5 	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>

<p>свистящие хрипы. Число дыханий 28 в мин. Живот мягкий. Перистальтика усилена. Эвакуирован на этап врачебной помощи. Состояние тяжелое. Сознание угнетено до комы, болевая чувствительность сохранена. Зрачки точечные. Число дыханий 36 в мин, поверхностное, удлиннен выдох. Клонико-тонические судороги. Кожные покровы влажные, серо-цианотичные. Корнеальный и глоточный рефлекс сохранены. Из ротовой полости выделяется большое количество слюны и слизи. Пульс ритмичный, 110 в 1 мин, слабого наполнения. Границы сердца расширены. I тон на верхушке ослаблен. АД 100/60 мм. рт. ст. Во время осмотра на высоте клонико-тонических судорог произошла остановка дыхания. Лабораторные исследования: лейкоциты 13*10⁹/л, лимфопения. Температура тела 37,6°. На ЭКГ признаки гипоксии миокарда. Отмечается снижение активности холинэстеразы плазмы.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз. 2. Окажите первую врачебную помощь. 	<p>мл 0,1% раствора внутривенно и 5 мл внутримышечно, дипиросим 3 мл 15% раствора внутривенно); - противосудорожная терапия (сибазон 4,0 мл 0,5 % раствора внутримышечно); - санация ротоглотки и ингаляция кислорода. Эвакуация на этап квалифицированной терапевтической помощи санитарным транспортом, лежа, в первую очередь.</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p> <p><u>1</u></p>
---	---	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Особенности острой лучевой болезни от воздействия нейтронов:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) большая выраженность первичной реакции на облучение; б) большая глубина лимфопении в период первичной реакции на облучение; в) отсутствие первичной реакции на облучение; г) геморрагический компонент слабо выражен; д) более выраженный геморрагический компонент; е) лимфоцитоз в период первичной 	<ol style="list-style-type: none"> а) большая выраженность первичной реакции на облучение; б) большая глубина лимфопении в период первичной реакции на облучение; д) более выраженный геморрагический компонент; 	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	реакции на облучение.		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>Установите последовательность звеньев патогенеза токсического отека легких согласно теории местных биохимических изменений:</p> <p>а) происходит высвобождение угольной и соляной кислот;</p> <p>б) повышается проницаемость капилляров;</p> <p>в) фосген, оседая на увлажненных слизистых, подвергается гидролизу;</p> <p>г) переход жидкой части крови и форменных элементов в интерстиций, что ведет к значительному утолщению аэрогематического барьера и нарушению газообмена;</p> <p>д) происходит разрушение сурфактанта, фосген легко диффундирует через тонкие пневмоциты к эндотелию капилляров, повреждая их;</p> <p>е) кратковременный ацидоз тканей активирует гиалуронидазу.</p>	<p>в) фосген, оседая на увлажненных слизистых, подвергается гидролизу;</p> <p>а) происходит высвобождение угольной и соляной кислот;</p> <p>е) кратковременный ацидоз тканей активирует гиалуронидазу;</p> <p>д) происходит разрушение сурфактанта, фосген легко диффундирует через тонкие пневмоциты к эндотелию капилляров, повреждая их;</p> <p>б) повышается проницаемость капилляров;</p> <p>г) переход жидкой части крови и форменных элементов в интерстиций, что ведет к значительному утолщению аэрогематического барьера и нарушению газообмена.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	6 - Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие вещества относятся к группе веществ нервно-паралитического действия	1) Фосфорорганические соединения 2) Зарин 3) Зоман 4) V _x	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	Назовите пути специфической терапии при поражении угарным газом.	1) оксигенотерапия; 2) гипербарическая оксигенация; 3) кровезаменители с газотранспортной функцией (Перфторан [®]).	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	В чем заключается алкилирующее	1) Яд, образующий в	Колесниченко, П. Л.

	действие иприта?	клетках организма прочные ковалентные связи с пуриновыми основаниями, входящими в состав ДНК и (РНК). 2) Это вызывает нарушение структуры и функций ДНК и РНК.	Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
4.	В чем особенности взаимодействия радиоактивных изотопов йода с организмом человека?	1) Радиоактивные изотопы йода избирательно накапливаются в щитовидной железе. 2) При их поступлении в большом количестве вначале наблюдается стимуляция, а позже угнетение функции щитовидной железы. 3) В поздние сроки развиваются опухоли этого органа.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
5.	Назовите клинические проявления лучевого орофарингеального синдрома	1) Гиперемия, отек, очаговый и сливной эпителиит; 2) Нарушения слюноотделения (ксеростомия); 3) боли при глотании и прохождении пищи по пищеводу; 4) при облучении гортани - явлений ларингита.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	7 - Современные методы клинической диагностики заболеваний и (или) состояний в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 2 часа после радиационной аварии. В очаге принял 2 таблетки этаперазина. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на слабость, умеренно выраженную головную боль. Симптомы появились примерно 30 мин назад.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, активен. Кожа лица слегка гиперемирована, пульс 82 удара в 1 мин, тоны сердца ясные, звучные, АД-130/70 мм рт.ст., дыхание везикулярное. Температура тела 37,0⁰ С. Во время осмотра у пострадавшего наблюдалась рвота.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь II (средней) степени.</p> <p>Пострадавшему следует дать 2 таблетки этаперазина (по 0,006), успокаивающие средства.</p> <p>Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи общим транспортом в положении сидя во II очередь.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Обратился в медицинский пункт объекта с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, плохой сон,</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь I (легкой) степени.</p> <p>В проведении лечебных</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.</p>

	<p>потливость, кровоточивость десен при чистке зубов.</p> <p>4 педели назад находился в очаге радиационной аварии, после оказания медицинской помощи направлен к месту жительства под медицинское наблюдение. Перечисленные выше жалобы появились 2-3 дня назад.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, активен. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 88 ударов в 1 мин, тоны сердца, приглушены, короткий систолический шум на верхушке, АД 120/70 мм рт. ст., дыхание везикулярное. Температура тела 37,4 °С.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>мероприятий на этапе первой врачебной помощи не нуждается. Полежит лечению в специализированном стационаре. Эвакуация в положении сидя во II очередь.</p>	<p>]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
3.	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 2 часа после радиационной аварии. Жалуется на выраженную головную боль, головокружение, тошноту, многократную рвоту, которые появились через 30-40 мин после облучения.</p> <p>При осмотре возбужден, кожа лица гиперемирована, продолжается рвота. Пульс 92 удара в 1 мин, тоны сердца приглушены, 1 тон на верхушке ослаблен, АД 100/60 мм рт.ст., дыхание везикулярное. Температура тела 37,2° С.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь III (тяжелой) степени. Проявления первичной реакции следует купировать введением диксафена (2 мл внутримышечно), атропина сульфата (1мл 0,1% раствора подкожно), мезатона (1 мл 1% раствора внутримышечно), назначением седативных средств. При наличии условий - гемодез (500 мл внутривенно капельно) или изотонический раствор натрия хлорида (500-1000 мл внутривенно капельно). Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

		положении сидя в I очередь.	
4.	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 3,5 часа после радиационной аварии. Жалуется на резчайшую слабость, головную боль, боли в животе, рвоту, жидкий стул. Перечисленные симптомы появились через несколько минут после воздействия радиации.</p> <p>При осмотре вял, апатичен, выраженная гиперемия лица и слизистых оболочек, язык сухой, обложен серовато-белым налетом.</p> <p>Пульс 100 ударов в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, тоны сердца ослаблены, АД 90/70 мм рт.ст. Число дыханий 22 в 1 мин, дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области и вокруг пупка. Температура тела 38,7⁰С, показания индивидуального дозиметра 12,8 Гр.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Острая лучевая болезнь, кишечная форма. Неотложные мероприятия должны проводиться в полном объеме: купирование первичной реакции применением противорвотных и симптоматических средств (диксафен 2,0 внутримышечно, атропина сульфат 0,1 % раствора 1,0 мл подкожно, промедол 1% раствора 1,0 мл внутримышечно, гемодез 500 мл внутривенно капельно или изотонический раствор хлорида натрия 500 мл внутривенно капельно).</p> <p>Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
5.	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 2 часа после радиационной аварии. Жалуется на головную боль, боли в животе, мышцах и суставах, озноб, тошноту, рвоту, жидкий стул. Все симптомы появились через 5-7 минут после облучения. Индивидуальный дозиметр отсутствует.</p> <p>При осмотре заторможен, адинамичен, кожа и слизистые гиперемированы, склеры иктеричны, язык сухой. Пульс 98 ударов в 1 мин, слабого наполнения, определяются единичные экстрасистолы, топы сердца глухие, АД 100/70 мм рт.ст., дыхание везикулярное, живот</p>	<p>Острая лучевая болезнь, кишечная форма. Необходимо купировать первичную реакцию введением противорвотных и симптоматических средств (диксафен 2,0 внутримышечно, атропина сульфат 0,1% раствора 1,0 мл подкожно, промедол 1% раствора 1,0 мл внутримышечно, гемодез 500 мл внутривенно капельно или изотонический</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

	<p>болезненный при пальпации, температура тела 39,2⁰ С.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>раствор хлорида натрия 500 мл внутривенно капельно).</p> <p>Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.</p>	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	8 - Заболевания и (или) состояния органов, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме

1.	<p>Опишите клиническую картину молниеносной форма тяжелого поражения ФОС</p>	<p>1) Пораженный почти сразу теряет сознание</p> <p>2) судорожная стадия кратковременна или даже отсутствует</p> <p>3) через 1-3 мин наступает паралитическая стадия</p> <p>4) через 5-15 мин - смерть в очаге поражения</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
----	--	--	--

2.	Какие симптомы относятся к симптомокомплексу синдрома ранней преобладающей недееспособности (РПН)?	1) коллаптоидное состояние, 2) резкая слабость, 3) атаксия, 4) судороги	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П., Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
3.	Какие клинические формы поражения ФОС характерны для легкой степени?	1) миотическая; 2) диспноэтическая 3) невротическая 4) кардиальная; желудочно-кишечная.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Выберите несколько правильных ответов			
1.	В течении поражений кожных покровов ипритом выделяют стадии: а) эритематозная; б) серозная; в) буллезная; г) язвенно-некротическая; д) фиброзная; е) серозно-буллезная.	а) эритематозная; в) буллезная; г) язвенно-некротическая;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-

			9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Какие высказывания верны в отношении острой лучевой болезни легкой степени: а) прогноз для жизни неблагоприятный; б) прогноз для жизни благоприятный; в) продолжительность скрытого периода составляет 30 суток; г) скрытый период отсутствует; д) трудоспособность сохраняется в течении всех периодов; е) работоспособность полностью не восстанавливается.	б) прогноз для жизни благоприятный; в) продолжительность скрытого периода составляет 30 суток; д) трудоспособность сохраняется в течении всех периодов;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	1 - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пострадавших (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций

	Установите последовательность/Сопоставьте понятия	
--	---	--

1.	<p>Сопоставьте симптомы поражения кожи с отравляющим веществом, которое его вызвало:</p> <p>а) субъективные ощущения в момент контакта отсутствуют;</p> <p>б) жжение, боль в момент контакта;</p> <p>в) скрытый период отсутствует;</p> <p>г) продолжительность скрытого периода составляет 4-12 часов;</p> <p>д) эритема неяркая, неотечная, малоблезненная, сопровождается зудом;</p> <p>е) эритема яркая, отечная, выступает над здоровой кожей, болезненная.</p> <p>1) поражение ипритом;</p> <p>2) поражение люизитом.</p>	<p>Субъективные ощущения в момент контакта отсутствуют, продолжительность скрытого периода составляет 4-12 часов, эритема неяркая, неотечная, малоблезненная, сопровождается зудом – поражение ипритом.</p> <p>Жжение, боль в момент контакта, скрытый период отсутствует, эритема яркая, отечная, выступает над здоровой кожей, болезненная – поражение люизитом.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
----	---	--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие синдромы являются ведущими в период разгара костно-мозговой формы острой лучевой болезни?	<p>1) синдром аутоинфекционных осложнений</p> <p>2) геморрагический синдром</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Поражению ипритом глаз средней степени соответствует клиническая картина:</p> <p>а) катарального конъюнктивита;</p>	<p>в) серозного конъюнктивита;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.].</p>

	<p>б) язвенно-некротического кератоконъюнктивита;</p> <p>в) серозного конъюнктивита;</p> <p>г) гнойного кератоконъюнктивита.</p>		<p>]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Нетерпимые боли за грудиной, замедленное и поверхностное дыхание указывают на поражение ТХВ раздражающего действия:</p> <p>а) легкой степени;</p> <p>б) средней степени тяжести;</p> <p>в) тяжелой степени;</p> <p>г) крайне тяжелой степени.</p>	<p>в) тяжелой степени;</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.html</p>
	<p>Установите последовательность/Сопоставьте понятия</p>		
1.	<p>Сопоставьте характеристики с фазой токсического отека легких:</p> <p>а) внезапное развитие;</p> <p>б) поступление сосудистой жидкости в альвеолярное пространство;</p> <p>в) постепенное развитие;</p> <p>г) отсутствие клинической симптоматики токсического отека легких;</p>	<p>постепенное развитие, отсутствие клинической симптоматики токсического отека легких, накопление сосудистой жидкости в интерстициальном пространстве -</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст</p>

	<p>д) накопление сосудистой жидкости в интерстициальном пространстве; е) клинические признаки токсического отека легких.</p> <p>1) интерстициальная фаза токсического отека легких 2) альвеолярная фаза токсического отека легких</p>	<p>интерстициальная фаза токсического отека легких</p> <p>внезапное развитие; компенсаторное поступление сосудистой жидкости в альвеолярное пространство, клинические признаки токсического отека легких - альвеолярная фаза токсического отека легких</p>	<p>: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
--	---	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
	<p>Уметь</p>
<p>ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>2 - Интерпретировать и анализировать информацию, полученную в ходе сбора анамнеза в условиях чрезвычайных ситуаций</p>

Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
<p>1.</p>	<p>Установите последовательность развития симптомов при поражении ВЗ: а) затуманенное зрение, спутанность сознания и оцепенение, переходящее в ступор; б) тахикардия, головокружение, нарушение походки и речи, атаксия; в) усиление активности, беспорядочное, непредсказуемое поведение; г) затруднение в концентрации внимания, полная потеря логической связи мыслей; д) неспособность адекватно реагировать на внешние раздражители или передвигаться,</p>	<p>б) тахикардия, головокружение, нарушение походки и речи, атаксия; а) затуманенное зрение, спутанность сознания и оцепенение, переходящее в ступор; д) неспособность адекватно реагировать на внешние раздражители или передвигаться, потеря связи с окружающей средой; г) затруднение в концентрации</p> <p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

	<p>потеря связи с окружающей средой; е) зрительные, акустические и осязательные галлюцинации, колебания настроения от эйфории до дисфории, возможно агрессивное поведение.</p>	<p>внимания, полная потеря логической связи мыслей; е) зрительные, акустические и осязательные галлюцинации, колебания настроения от эйфории до дисфории, возможно агрессивное поведение; в) усиление активности, беспорядочное, непредсказуемое поведение.</p>	
--	--	---	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>На какие группы распределяются пострадавшие в ходе медицинской сортировки, исходя из нуждаемости в медицинской помощи, места и очередности ее оказания?</p>	<p>1) нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации; 2) не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации или нуждающиеся в медицинской помощи, но она в сложившихся условиях не может быть оказана; 3) имеющие несовместимые с жизнью поражения.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2	<p>На какие группы можно разделить симптомы первичной реакции на облучение?</p>	<p>1) диспепсические (анорексия, тошнота, рвота, диарея, дискинезия кишечника); 2) нейромоторные (быстрая утомляемость, апатия, общая слабость); 3) нейрососудистые (потливость,</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768</p>

	гипертермия, головные боли, артериальная гипер- и гипотензия); 4) проявление поражений отдельных тканей (сосудистые фазы лучевых синдромов: отек слюнных желез, гиперемия слизистых оболочек и кожи, отеки подкожной клетчатки при неравномерном излучении).	с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm <u>!</u>
--	---	--

Выберите один правильный ответ		
1.	По ведущим признакам интоксикации при поражении ФОС средней степени выделяют клинические формы: а) бронхоспастическую и психоневротическую; б) миотическую и невротическую; в) кардиальную и диспноэтическую; г) миотическую и желудочно-кишечную.	а) бронхоспастическую и психоневротическую; Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь

ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	3 - Оценивать анатоμο-функциональное состояние органов и систем при заболеваниях и (или) патологических состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций
--	---

Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>Определите последовательность оценки критериев прогнозирования тяжести состояния при проведении медицинской сортировки: (окружающих),</p> <p>а) пульс; б) дыхание в) опасность для себя; г) опасность для окружающих; д) сознание;</p>	<p>в) опасность для себя; г) опасность для окружающих; д) сознание; б) дыхание; а) пульс.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите периоды поражения пульмоноотоксикантами	<p>1) начальный период 2) скрытый период 3) период токсического отека легких (фаза синей гипоксии, фаза серой гипоксии) 4) период исходов</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	Какие симптомы включены в	1) миоз;	Колесниченко, П. Л.

	понятие «глазная симптоматика» при поражении ФОС?	<ol style="list-style-type: none"> 2) спазм аккомодации; 3) ослабление реакции зрачка на свет; 4) Слезотечение; 5) диплопия. 	<p>Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
3.	Перечислите состояния, при которых оказывается первая помощь	<ol style="list-style-type: none"> 1) Отсутствие сознания. 2) Остановка дыхания и кровообращения. 3) Наружные кровотечения. 4) Инородные тела верхних дыхательных путей. 5) Травмы различных областей тела. 6) Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения. 7) Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур. 8) Отравления. 	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
4.	Перечислите периоды клинического течения синдрома длительного сдавления	<ol style="list-style-type: none"> 1) период компрессии; 2) посткомпрессионный период: <ol style="list-style-type: none"> а) ранний или начальный (1-3-е сутки); б) промежуточный (4-18-е сутки); 9) в) поздний, или восстановительный (более 18 сут). 	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Какие стадии выделяют в течении интоксикации при поражении ФОС? а) скрытую; б) начальную; в) судорожную; г) диспноэтическую; д) паралитическую; е) невротическую.	б) начальную; в) судорожную; д) паралитическую;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	4 - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пострадавших с заболеваниями и (или) состояний в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Цели проведения медицинской сортировки:	б) обеспечить оказание пораженным	Колесниченко, П. Л. Медицина

	<p>а) обеспечить реабилитационные мероприятия пораженным в оптимальном объеме;</p> <p>б) обеспечить оказание пораженным своевременной медицинской помощи в оптимальном объеме;</p> <p>б) эффективно использовать имеющиеся силы и средства;</p> <p>в) провести рациональную эвакуацию в условиях, когда количество санитарных потерь превышает возможности территориального здравоохранения;</p> <p>д) обеспечить эффективную медицинскую защиту пострадавшим;</p> <p>е) обеспечить население средствами индивидуальной защиты.</p>	<p>своевременной медицинской помощи в оптимальном объеме;</p> <p>б) эффективно использовать имеющиеся силы и средства;</p> <p>в) провести рациональную эвакуацию в условиях, когда количество санитарных потерь превышает возможности территориального здравоохранения;</p>	<p>катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>Сопоставьте симптомы местного и резорбтивного действия иприта:</p> <p>а) гиперемия, отек кожных покровов;</p> <p>б) угнетение кроветворения;</p> <p>в) обильная слизисто-гнойная мокрота;</p> <p>г) нарушение обмена веществ;</p> <p>д) угнетение центральной нервной системы;</p> <p>е) саднение за грудиной, осиплость голоса.</p> <p>1) Местное действие иприта 2) Резорбтивное действие иприта</p>	<p>Гиперемия, отек кожных покровов, обильная слизисто-гнойная мокрота, саднение за грудиной, осиплость голоса – местное действие иприта.</p> <p>Угнетение кроветворения, нарушение обмена веществ, угнетение центральной нервной системы – резорбтивное действие иприта.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Сопоставьте симптомы с клинической формой острой лучевой болезни:</p> <p>а) развивается при облучении в дозе от 10 до 20 Гр;</p> <p>б) развиваются тяжелые неврологические расстройства;</p> <p>в) развивается при облучении в дозе свыше 50 Гр;</p> <p>г) смерть в первые часы или первые 2-3 суток;</p> <p>д) смерть наступает на 2-й неделе или в начале 3-й;</p>	<p>развиваются тяжелые неврологические расстройства; развивается при облучении в дозе свыше 50 Гр; смерть в первые часы или первые 2-3 суток - церебральная форма.</p> <p>развивается при облучении в дозе от 10 до 20 Гр; смерть</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

е) преобладают признаки энтерита и токсемии. 1) церебральная форма; 2) кишечная форма.	наступает на 2-й неделе или в начале 3-й; преобладают признаки энтерита и токсемии - кишечная форма.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
--	--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите клинические формы отравления угарным газом	1) молниеносные формы (апоплексическая и синкопальная) 2) замедленные формы (типичная и эйфорическая)	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2	Какие пострадавшие составляют I сортировочную группу?	Пострадавшие с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном (агональном) состоянии. прогноз неблагоприятный.	Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф. Т. 2 / под ред. Наркевича И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4597-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.htm 1

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Уметь
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	5 - Выявлять клинические симптомы и синдромы заболеваний и (или) состояний у пострадавших в чрезвычайных ситуациях

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Опишите клиническую картину поражения ФОС средней степени	<p>1) Приступы удушья, напоминающие бронхиальную астму, пораженный сидит, упираясь в колени руками.</p> <p>2) Упорные головные боли, кошмарные сновидения, страх смерти, речь монотонная, эмоциональная лабильность, раздражительность, неадекватность реакции на окружающее, повышение рефлексов.</p> <p>3) Пульс редкий (иногда частый), напряженный, артериальное давление повышено.</p> <p>4) Миоз.</p> <p>5) Миофибрилляции</p> <p>6) Гиперсаливация, тошнота, рвота, боли в животе, понос.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Находился в очаге радиационной аварии. Через 5 минут после облучения появилась общая слабость, тошнота, неукротимая рвота. Доставлен в медицинский пункт объекта.	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь, костномозговая форма, IV (крайне тяжелой) степени, период первичной реакции.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

<p>Первая врачебная помощь: индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вял, гиподинамичен, выраженная гиперемия лица и инъекция склер, частые позывы на рвоту, пульс 120 в 1 мин., АД 90/50 мм рт. ст., температура тела 39, 5⁰.</p> <p>Квалифицированная помощь: состояние тяжелое. Сознание спутанное. Резкая гиперемия лица, адинамия. Сохраняются позывы на рвоту. Пульс 110 в 1 мин, аритмичный, слабого наполнения. АД 100/50 мм рт. ст. Дыхание жесткое, живот мягкий, безболезненный. Температура тела 39,8⁰ В анализе крови на 3 сутки: эритроциты – 4, 2х10⁹/л, лимфоциты – 0,1х10⁹/л, тромбоциты - 80х10⁹/л, СОЭ – 20 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений – 118 в мин, единичные желудочковые экстрасистолы, диффузные нарушения процессов реполяризации..</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз. 2. Объем помощи на этапах первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. <p>Примите решение об эвакуационном предназначении пораженного</p>	<p>Объем помощи:</p> <p>В частичной санитарной обработке не нуждается.</p> <p>На сортировочной площадке:</p> <ul style="list-style-type: none"> – диксафен 1,0 мл внутримышечно; – 400, 0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно; – кордиамин 1,0 мл подкожно. <p>Эвакуация на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом лежа в первую очередь.</p> <p>Квалифицированная помощь.</p> <p>Объем помощи:</p> <p>В санитарной обработке не нуждается, должен быть направлен в госпитальное отделение.</p> <p>В госпитальном отделении:</p> <ul style="list-style-type: none"> - диксафен 1, 0 мл внутримышечно или 1,0 мл 0,1% раствора атропина подкожно; - гемодез 500,0 мл внутривенно капельно; - мезатон 1,0 мл 1% раствора внутримышечно, полиглюкин 500 мл внутривенно капельно; - натрия хлорид 1,5-2,0 л 0,9% раствора внутривенно капельно. <p>После купирования рвоты и восстановления гемодинамических показателей – эвакуация на этап</p>	<p>2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
---	--	--

		специализированной медицинской помощи санитарным транспортом.	
	<p>Находился в очаге радиационной аварии. Через 30 минут после облучения появилась общая слабость, головокружение, тошнота, многократная рвота. Первая врачебная помощь. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вялый, заторможен. Лицо гиперемировано. Частые позывы на рвоту. Пульс 100 в 1 мин, АД 110/60 мм рт. ст. Температура тела 38,2⁰. Квалифицированная помощь: состояние средней тяжести, заторможен, лицо гиперемировано, сохраняются позывы на рвоту. Пульс 100 в 1 мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2⁰. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз. 2. Объем помощи на этапах первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. 3. Примите решение об эвакуационном предназначении пострадавшего и эвакуотранспорте. 	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь костномозговая форма III (тяжелой) степени тяжести, период первичной реакции.</p> <p>Объем помощи: в частичной санитарной обработке не нуждается.</p> <p>На сортировочной площадке:</p> <ul style="list-style-type: none"> – диксафен 1,0 мл внутримышечно или атропина сульфата 1,0 мл 0,1% раствора подкожно, – 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида из пластикового контейнера внутривенно; – кордиамин 1,0 мл подкожно. <p>Эвакуация на этап квалифицированной медицинской помощи в первую очередь санитарным транспортом сидя.</p> <p>Квалифицированная помощь.</p> <p>Объем помощи: в санитарной обработке не нуждается, должен быть направлен в госпитальное отделение.</p> <ul style="list-style-type: none"> - диксафен 1, 0 мл внутримышечно или 1,0 мл 0,1% раствора атропина подкожно; – гемодез 500,0 мл внутривенно капельно; - мезатон 1,0 мл 1%го раствора 	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

		<p>внутримышечно, полиглюкин 500,0 мл внутривенно капельно; - натрия хлорид 1,5-2,0 л 0,9% раствора внутривенно капельно. После восстановления стабильных гемодинамических показателей и купирования рвоты пострадавший должен быть эвакуирован на этап специализированной помощи в I очередь санитарным транспортом.</p>	
	<p>Находился в очаге радиационной аварии. Через 2 часа после облучения появилась общая слабость, тошнота, рвота. Первая врачебная помощь. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние удовлетворительное, отмечалась повторная рвота. Пульс 90 в 1 мин, ритмичный АД 110/60 мм рт. ст. Температура тела 37,4⁰. Квалифицированная помощь. Жалобы на слабость, головную боль, тошноту. Состояние удовлетворительное. Пульс 86 в 1 мин, ритмичный, АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный. Температура тела 37,6⁰. Задание: 1. Установите диагноз. 2. Объем помощи на этапах первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. 3. Примите решение об эвакуационном предназначении</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь костномозговая форма II (средней) степени тяжести, период первичной реакции. Объем помощи: В частичной санитарной обработке не нуждается. На сортировочной площадке: – введение 1,0 мл диксафена внутримышечно. Подлежит эвакуации на этап квалифицированной помощи во вторую очередь санитарным транспортом, сидя. Квалифицированная помощь. Диагноз: и его обоснование прежние Объем помощи: В полной санитарной обработке и медицинской помощи по неотложным показаниям на данном этапе не нуждается. Направляется в</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

		эвакуационную палатку, откуда должен быть эвакуирован на этап специализированной помощи во вторую очередь санитарным транспортом, сидя.	
--	--	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	6 - Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Токсической дозой (D) называется:</p> <p>а) количество вещества, находящееся в единице объема (массы) некоего объекта окружающей среды (воды, воздуха, почвы), при контакте с которым развивается токсический эффект</p> <p>б) эта величина, которая учитывает не только содержание токсиканта в воздухе (токсическую концентрацию), но и время пребывания человека в зараженной атмосфере</p> <p>в) это количество яда, вызывающее при попадании в организм смертельный исход с определенной вероятностью.</p> <p>г) количество вещества, попавшее во внутренние среды организма и вызвавшее токсический эффект</p>	г) количество вещества, попавшее во внутренние среды организма и вызвавшее токсический эффект;	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.student1</p>

			library.ru/book/ISBN9785970445969.htm <u>1</u>
2.	<p>Какое отравляющее вещество обладает запахом черемухи?</p> <p>а) зарин; б) иприт; в) хлорацетофенон; г) синильная кислота.</p>	в) хлорацетофенон	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>Дозы ионизирующего излучения, не приводящие к острым радиационным поражениям, снижению трудоспособности, не отягощающие сопутствующих болезней:</p> <p>а) однократная (разовая) - 50 рад (0,5 Гр); б) однократная (разовая) - 100 рад (1 Гр); в) месячная - 100 рад (1 Гр); д) годовая - 300 рад (3 Гр); е) годовая - 1000 рад (10 Гр).</p>	<p>а) однократная (разовая) - 50 рад (0,5 Гр); в) месячная - 100 рад (1 Гр); д) годовая - 300 рад (3 Гр);</p>	<p>Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>
2.	<p>Основу терапии токсического отека легких составляют:</p> <p>а) глюкокортикоиды; б) кардиотонические препараты; в) антидоты; г) седативные препараты; д) диуретики;</p>	<p>а) глюкокортикоиды; б) кардиотонические препараты; д) диуретики;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва :</p>

	е) антиконвульсанты.		ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5- 9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>Определите последовательность развития клинической симптоматики при поражении оксидом углерода:</p> <p>а) нарастает мышечная слабость, прогрессируют нарушения сознания (сонливость, апатия, сопор);</p> <p>б) возникают ощущение биения в височных и сонных артериях, головокружение, шум в ушах, нарушения зрения;</p> <p>в) появляется головная боль с типичной локализацией (лоб, виски), характера;</p> <p>г) сознание утрачивается;</p> <p>д) развиваются вначале клонические, а затем тонические, до тризма и опистотонуса, судороги;</p> <p>е) кожа и слизистые оболочки приобретают алию, с малиновым компонентом, окраску.</p>	<p>в) появляется головная боль с типичной локализацией (лоб, виски), характера;</p> <p>б) возникают ощущение биения в височных и сонных артериях, головокружение, шум в ушах, нарушения зрения;</p> <p>а) нарастает мышечная слабость, прогрессируют нарушения сознания (сонливость, апатия, сопор);</p> <p>е) кожа и слизистые оболочки приобретают алию, с малиновым компонентом, окраску;</p> <p>д) развиваются вначале клонические, а затем тонические, до тризма и опистотонуса, судороги;</p> <p>г) сознание утрачивается.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
---	-----------------------------------

	Владеть
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	1 - Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пострадавших в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) состояниями х

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Вещества, оказывающие преимущественно резорбтивное действие на организм, сопровождающееся нарушением механизмов регуляции жизненно важных органов и систем, в основе которого лежит повреждение процессов генерации, проведения и передачи нервных импульсов относятся к группе:</p> <p>а) ТХВ раздражающего действия; б) ТХВ общетоксического действия; в) ТХВ нейротоксического действия; г) ТХВ пульмонотоксического действия.</p>	в) ТХВ нейротоксического действия;	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятию «токсичность»	Это свойство (способность) химических веществ, действуя на биологические системы немеханическим путем,	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф :

		вызывать их повреждение или гибель.	учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm
--	--	-------------------------------------	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 2 часа после радиационной аварии. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду. Непосредственно после облучения возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 ударов в 1 мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД-90/60 мм рт.ст., дыхание везикулярное.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь, церебральная форма. На этапе первой врачебной помощи таким пораженным проводится симптоматическая терапия с целью облегчения страданий.</p> <p>- диксафен (2 мл внутримышечно), - кордиамин (1 мл подкожно), - кофеин-бензоата натрия (1мл 20% раствора подкожно) или мезатон (1мл 1% раствора внутримышечно), успокаивающие средства. Подлежит эвакуации на этап квалифицированной</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

		медицинской помощи, санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.	
2.	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 2 часа после радиационной аварии. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина.</p> <p>При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 удара в 1 мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД 105/70 мм рт.ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь II (средней) степени.</p> <p>В проведении неотложных мероприятий первой врачебной помощи не нуждается.</p> <p>Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи, общим транспортом в положении сидя во II очередь.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	2 - Интерпретация информации, полученной в ходе сбора анамнеза в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие стадии поражения выделяют в клиническом течении местных лучевых поражений?	<p>1) первичная эритема; 2) скрытый период; 3) период разгара; 4) период разрешения процесса; 5) период последствий ожога.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. -</p>

			448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Назовите формы отдаленной лучевой патологии	<p>1) неопухолевые (нестохастические) отдаленные последствия;</p> <p>2) канцерогенные эффекты (стохастические);</p> <p>3) сокращение продолжительности жизни.</p>	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Психодислептическое действие ТХВ обусловлено:</p> <p>а) преимущественно резорбтивным действием на организм, сопровождающимся нарушением высшей нервной деятельности;</p> <p>б) преимущественно резорбтивным действием на организм, сопровождающимся нарушением механизмов регуляции жизненно важных органов и систем, в основе которого лежит повреждение процессов генерации, проведения и передачи нервных импульсов;</p> <p>в) преимущественно резорбтивным</p>	а) преимущественно резорбтивным действием на организм, сопровождающееся нарушением высшей нервной деятельности;	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст :

	<p>действием на организм, сопровождающимся выраженным нарушением функций тканей и органов с высокой метаболической активностью;</p> <p>г) местным, так и резорбтивным действием на организм, сопровождающимся выраженными структурно-функциональными изменениями со стороны клеток различных тканей и органов.</p>		<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>
2.	<p>Механизм действия синильной кислоты заключается во взаимодействии с:</p> <p>а) ацетилхолинэстеразой;</p> <p>б) цитохромоксидазой;</p> <p>в) глюкозой-6-дгидрогеназой;</p> <p>г) аспаратаминотрансферазой.</p>	б) цитохромоксидазой;	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>Укажите радионуклиды, избирательно накапливающиеся в органах, богатых элементами ретикулоэндотелиальной системы (гепатотропные):</p> <p>а) цезий;</p> <p>б) стронций;</p> <p>в) лантан;</p> <p>г) церий;</p> <p>д) прометий;</p> <p>е) йод.</p>	в) лантан; г) церий; д) прометий;	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

		https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	3 - Осмотр пострадавших в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) состояниями

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Определение степени тяжести острой лучевой болезни в период первичной реакции на облучение основывается на следующих клинических проявлениях:</p> <p>а) характер рвоты;</p> <p>б) субъективные ощущения;</p> <p>в) время начала первичной реакции на облучение;</p> <p>г) степень угнетения сознания;</p> <p>д) уровень лимфоцитов в крови на 1-2 сутки;</p> <p>е) уровень эритроцитов в крови 1-2 сутки.</p>	<p>а) характер рвоты;</p> <p>в) время начала первичной реакции на облучение;</p> <p>д) уровень лимфоцитов в крови на 1-2 сутки;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Какие группы симптомов выделяют при поражении ДЛК?</p> <p>а) периферические;</p> <p>б) соматические;</p> <p>в) перцепционные;</p> <p>г) психические;</p> <p>д) центральные;</p>	<p>б) соматические;</p> <p>в) перцепционные;</p> <p>г) психические;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва :</p>

	е) физические.		ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5- 9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Сопоставьте отравляющие вещества и группы в зависимости от скорости развития патологических нарушений: а) фосген; б) оксид углерода; в) хлор; г) ФОС; д) диоксин; е) динитрофенол. 1) вещества быстрого действия 2) вещества замедленного действия	Оксид углерода, хлор, ФОС - вещества быстрого действия Фосген, диоксин, динитрофенол - вещества замедленного действия	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятию «острая лучевая болезнь»	1) это полисиндромное заболевание 2) развивающееся в результате кратковременного общего относительно равномерного γ -нейтронного облучения 3) в дозах, превышающих пороговое значение (более 1 Гр).	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. -

		Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm 1
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	4 - Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных исследований и инструментальных обследований при заболеваниях и состояниях пострадавших в чрезвычайных ситуациях

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Опишите клиническую картину молниеносной форма тяжелого поражения ФОС	5) Пораженный почти сразу теряет сознание 6) судорожная стадия кратковременна или даже отсутствует 7) через 1-3 мин наступает паралитическая стадия 8) через 5-15 мин - смерть в очаге поражения	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

2.	Какие группы пораженных АОВХ выделяют в процессе внутрипунктовой сортировки на этапе первичной врачебной медико-санитарной помощи?	<p>1) нуждающиеся в специальной обработке;</p> <p>2) нуждающиеся в неотложных мероприятиях первичной врачебной помощи;</p> <p>3) пораженные с умеренными проявлениями интоксикации (первичная медико-санитарная врачебная помощь которым может быть отсрочена или оказана на следующем ЭМЭ);</p> <p>4) пораженные с легкими проявлениями интоксикации, не снижающими трудоспособности или купированными введением антидотов в порядке оказания им первой помощи или доврачебной медицинской помощи подлежат наблюдению на этапе медицинской эвакуации.</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>
----	--	--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Укажите путь поступления фосгена в организм:</p> <p>а) комбинированный;</p> <p>б) ингаляционный;</p> <p>в) перкутанный;</p> <p>г) пероральный.</p>	Б) ингаляционный;	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>Сопоставьте признаки со степенью срочности оказания первой помощи в условиях массового поступления пострадавших в ЧС:</p> <p>а) потеря сознания; б) наличие АХОВ на открытых участках тела; в) открытые и закрытые переломы костей; г) горящая одежда; д) травматическая ампутация конечности; е) тлеющая одежда;</p> <p>1) признаки, которые обуславливают безотлагательное оказание первой помощи; 2) признаки, которые обуславливают отсрочку оказания первой помощи на ближайшее время (при наличии пораженных с безотлагательными признаками).</p>	<p>Потеря сознания, горящая одежда, травматическая ампутация конечности - признаки, которые обуславливают безотлагательное оказание первой помощи.</p> <p>Наличие АХОВ на открытых участках тела, открытые и закрытые переломы костей, тлеющая одежда - признаки, которые обуславливают отсрочку оказания первой помощи на ближайшее время (при наличии пораженных с безотлагательными признаками).</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	5 - Интерпретация результатов осмотра, лабораторного исследования и инструментального обследования пострадавших с заболеваниями и (или) состояний в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

<p>1.</p>	<p>Работник химического предприятия доставлен в медицинский пункт объекта в средствах химической защиты через 1,5 часа после химической аварии. В порядке самопомощи ввел антидот из индивидуальной аптечки. Медицинский пункт (первая врачебная помощь). В сознании. Эмоционально неуравновешен, периоды возбуждения сменяются астено-депрессивным состоянием, чувством страха смерти. Кожные покровы влажные. Зрачки 2 мм, реакция на свет ослаблена. Гиперсаливация. Распространенные миофибрилляции. Пульс 100 в 1 мин, АД – 130/90 мм рт. ст. Число дыханий 18 в мин. После оказания первой врачебной помощи эвакуирован в ПМГ. ПМГ (квалифицированная помощь). Состояние удовлетворительное. Сохраняется астено-депрессивное состояние, страх смерти. Зрачки 2 мм, реакция на свет вялая. Кожа влажная. Акроцианоз. Распространенные миофибрилляции. Пульс 110 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Число дыханий – 20 в мин, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. На ЭКГ – синусовая тахикардия, диффузные нарушения процессов реполяризации. Отмечается снижение активности холинэстеразы плазмы на 50% от нормы.</p> <p>Задание: Установите диагноз. Обоснуйте объем помощи на этапах эвакуации. Примите решение об эвакуационном предназначении пораженного.</p>	<p>Первая врачебная помощь. Диагноз: Острое ингаляционное поражение ТХВ нейротоксического действия легкой степени, невротическая форма. Диагноз установлен на основании сведений о пребывании в очаге химического поражения и клинических проявлений поражения (миоз, миофибрилляции, астено-депрессивный синдром). Объем помощи: - частичная санитарная обработка; - снятие противогаза; - антидотная терапия (атропина сульфата 2 мл 0,1% раствора внутримышечно); - седативная терапия (сибазон 2,0 мл 0,5 % раствора внутримышечно). Эвакуация на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом, сидя во вторую очередь. Квалифицированная помощь. Диагноз тот же (установлен на основании данных медицинской документации предыдущего этапа и сохраняющийся клинике поражения, подтвержден исследованием холинэстеразы сыворотки крови).</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
-----------	---	--	---

		<p>Объем помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - полная санитарная обработка со сменой обмундирования; - продолжение антидотной терапии (2-3 мл 0,1% раствора атропина сульфата внутримышечно до состояния легкой переатропинизации); - седативная терапия (феназепам 0,5 мг внутрь 3 раза в сутки). <p>Пораженный остаётся в ПМГ до полного излечения, которое наступит ориентировочно через 7 – 10 дней.</p>	
2.	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта из очага химической аварии через 8 часов после выброса АОХВ. Жалуется на слабость, головную боль, одышку при малейшей физической нагрузке. Со слов пострадавшего, сразу после аварии появилась резь в глазах, слезотечение, чувство саднения за грудиной, першение в носоглотке, кашель. После надевания противогаза и выхода из зараженной зоны состояние улучшилось, сохранялся лишь насморк и слезотечение. Через 1,5-2 часа самочувствие стало ухудшаться. 1-я врачебная помощь. При осмотре возбужден, беспокоен. Кожные покровы влажные, цианотичны, конъюнктивы гиперемированы. Зрачки до 6 мм в диаметре, реагируют на свет. Пульс 62 удара в 1 минуту ритмичный, тоны сердца ослаблены, акцент II тона над легочной артерией. АД 100/85 мм рт.ст. Число дыханий 28 в минуту. Подвижность нижнего легочного края 2 см, дыхание жесткое, ослабленное в задне-нижних отделах, выслушиваются единичные влажные</p>	<p>Первые проявления токсического действия характерны для начальной (рефлекторной) стадии поражения ТХВ пульмонотоксического действия. Жалобы и результаты осмотра через 8 часов (синюшность кожных покровов, учащение дыхания и нарушение нормального соотношения между его частотой и частотой пульса, снижение пульсового давления, ограничение подвижности нижнего легочного края, влажные хрипы в задне-нижних отделах легких) свидетельствуют о начальных проявлениях токсического отека легких. Пострадавший должен рассматриваться как</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

	<p>мелкопузырчатые хрипы.</p> <p>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>носилочный.</p> <p>Необходима оксигенотерапия с ингаляцией паров спирта, с помощью табельной аппаратуры.</p> <p>Внутривенное введение 20 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора хлорида кальция, 1 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.</p> <p>Внутримышечно 2 мл кордиамина.</p> <p>Согревание пострадавшего (укутывание, грелки, теплое питье).</p> <p>Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.</p>	
--	---	---	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>При проведении медицинской сортировки на какие группы распределяются пострадавшие в ЧС по признаку опасности для окружающих?</p>	<p>1) Нуждающиеся в частичной специальной обработке;</p> <p>2) нуждающиеся в изоляции в изоляторах для больных с желудочно-кишечными или респираторными инфекционными заболеваниями, острыми психическими расстройствами;</p> <p>3) не нуждающиеся в специальной обработке и изоляции.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
2.	<p>Реконструкция дозы общего однократного равномерного внешнего γ-облучения организма в скрытом периоде осуществляется по показателю:</p> <p>а) содержание лейкоцитов в периферической крови на 1-2-е сутки после облучения</p> <p>б) содержание лейкоцитов в периферической крови на 7-9-е сутки после облучения</p> <p>в) содержание эритроцитов в периферической крови на 7-9-е сутки после облучения</p> <p>г) содержание лейкоцитов в периферической крови на 4-5-е сутки после облучения</p>	<p>б) содержание лейкоцитов в периферической крови на 7-9-е сутки после облучения</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1	<p>Сопоставьте эффекты облучения со сроками их развития:</p> <p>а) острая лучевая болезнь;</p> <p>б) опухоли;</p> <p>в) гемобластозы;</p> <p>г) лучевая алопеция;</p> <p>д) гипопластические процессы;</p> <p>е) лучевой дерматит.</p> <p>1) ближайшие эффекты;</p> <p>2) отдаленные эффекты.</p>	<p>Острая лучевая болезнь, лучевая алопеция, лучевой дерматит - ближайшие эффекты.</p> <p>Опухоли, гемобластозы гипопластические процессы - отдаленные эффекты.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

Результаты освоения ОП	Результаты обучения по дисциплине
------------------------	-----------------------------------

(компетенции)	
	Владеть
ОПК- 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	6 - Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Период полураспада йод 131: а) 8 суток; б) 30 суток; в) 17 лет; г) 28 лет;	а) 8 суток;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятию «Стандарт медицинской помощи»	1) Нормативный документ, устанавливающий единый перечень мероприятий, проводимых пораженным в очаге поражения и на этапах	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. -

	<p>медицинской эвакуации.</p> <p>2) Он регламентирует комплекс мероприятий, которые должны выполняться при отдельных видах медицинской помощи.</p>	<p>448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
--	--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 4 часа после радиационной аварии. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту, многократную рвоту. Эти симптомы появились через 30-40 мин после облучения.</p> <p>При осмотре сознание ясное, возбужден, лицо умеренно гиперемированно, продолжается рвота. Пульс 92 удара в 1 мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца ясные, АД 105/60 мм рт.ст., дыхание везикулярное. Температура тела 37⁰ С.</p> <p>Показания индивидуального дозиметра 4,8 Гр.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь III (тяжелой) степени, что необходимо купировать проявления первичной реакции, для чего пострадавшему вводят диксафен (2 мл внутримышечно), атропина сульфат (1мл 0,1% раствора подкожно), кордиамин (1 мл подкожно), кофеин-бензоата натрия (1 мл 20% раствора) или мезатон (1 мл раствора внутримышечно), питье после купирования рвоты, успокаивающие средства.</p> <p>Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи, санитарным транспортом в положении сидя в I очередь.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 2,5 часа после радиационной аварии. Жалуется на сильнейшую головную боль, головокружение, нарастающую слабость, жажду, постоянную тошноту и рвоту. Перечисленные</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь IV (крайне тяжелой) степени.</p> <p>Для устранения описанных расстройств и подготовки</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

	<p>симптомы появились через 5-10 мин после облучения и неуклонно нарастают.</p> <p>При осмотре вял, малоподвижен, наблюдается гиперемия кожи, покраснение склер, продолжается рвота. Пульс 110 ударов в 1 мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, 1 тон на верхушке ослаблен, АД 90/70 мм рт.ст., число дыханий 24 в минуту. Температура тела 38,7⁰ С. Показания индивидуального дозиметра 5,9 Гр.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>пострадавшего к дальнейшей эвакуации необходимо ввести диксафен (2 мл внутримышечно), атропина сульфат (1мл 0,1% раствора подкожно), мезатон (1 мл 1% раствора внутримышечно), при наличии соответствующих условий - гемодез (500 мл внутривенно капельно) или изотонический раствор натрия хлорида (500-1000 мл внутривенно капельно), обильное питье после купирования рвоты. Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи, санитарным транспортом в положении лежа в 1 очередь.</p>	<p>2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта через 4 часа после радиационной аварии. Жалуется на умеренно выраженную головную боль; во время эвакуации была однократная рвота.</p> <p>При осмотре сознание ясное, активен. Кожные покровы обычной окраски, пульс 80 ударов в 1 мин, тоны сердца звучные, АД 130/80 мм рт.ст., дыхание везикулярное. Температура тела 36,4⁰ С. Показания индивидуального дозиметра 1,2 Гр.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь I (легкой) степени.</p> <p>В проведении лечебных мероприятий в настоящее время не нуждается.</p> <p>Подлежит возвращению к месту жительства под наблюдение медицинского персонала.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	1 - Порядок оказания медицинской помощи пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Основным мобильным лечебно-диагностическим формированием службы медицины катастроф является: а) передвижной многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита»; б) полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита»; в) передвижная профилированный больничная база ВЦМК «Защита»; г) полевая многопрофильная больничная база ВЦМК «Защита».	б) полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита»;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	При полном развертывании полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» может за сутки принять: а) до 200 пораженных; б) до 1000 пораженных; в) до 500 пораженных; г) до 250 пораженных.	г) до 250 пораженных;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
4.	<p>Какие виды медицинской помощи оказываются на базе полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК «Защита»</p> <p>а) первая врачебная помощь с элементами квалифицированной медицинской помощи;</p> <p>б) квалифицированная медицинская помощь;</p> <p>в) квалифицированная с элементами специализированной медицинской помощи;</p> <p>г) специализированная медицинская помощь.</p>	в) квалифицированная с элементами специализированной медицинской помощи;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Выберите правильные утверждения</p> <p>а) полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита» может выдвигаться в зону ЧС полностью или частично;</p> <p>б) в зависимости от характера ЧС ПМГ ВЦМК «Защита» комплектуют бригадами различного профиля;</p> <p>в) режим работы ПМГ ВЦМК «Защита» в ЧС в среднем 12 ч/сут;</p> <p>г) ПМГ ВЦМК «Защита» предназначен для оказания первой и доврачебной помощи;</p> <p>д) ПМГ ВЦМК «Защита» предназначен для оказания квалифицированной медицинской помощи с элементами специализированной;</p> <p>е) для госпитализации нетранспортабельных больных ПМГ ВЦМК «Защита» может развернуть 1000 коек.</p>	<p>а) полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита» может выдвигаться в зону ЧС полностью или частично;</p> <p>б) в зависимости от характера ЧС ПМГ ВЦМК «Защита» комплектуют бригадами различного профиля;</p> <p>д) ПМГ ВЦМК «Защита» предназначен для оказания квалифицированной медицинской помощи с элементами специализированной;</p>	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите факторы чрезвычайных ситуаций, которые определяют число санитарных потерь	1) масштабы пожара и мощность взрыва; 2) характер и плотность застройки населенных пунктов; 3) огнестойкость зданий и сооружений, метеоусловия (скорость ветра, осадки и т.д.); 4) время суток; 5) плотность населения в зоне действия поражающих факторов; 6) степень обеспеченности и умение пользоваться СИЗ.	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	2 - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Распределите отделения медицинского отряда специального назначения в зависимости от их принадлежности к постоянной или	Управление (командование, финансовая часть, медицинская часть,	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. ,

	<p>переменной части:</p> <p>а) нейрохирургическая группа;</p> <p>б) токсикологическая группа;</p> <p>в) управление (командование, финансовая часть, медицинская часть, административное отделение);</p> <p>г) ожоговая группа;</p> <p>д) приемно-сортировочное отделение;</p> <p>е) госпитальное отделение.</p> <p>1) постоянная часть;</p> <p>2) переменная часть.</p>	<p>административное отделение), приемно-сортировочное отделение отделение, госпитальное отделение - постоянная часть.</p> <p>Нейрохирургическая группа, токсикологическая группа, ожоговая группа - переменная часть</p>	<p>Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html</p>
--	---	--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>В чем заключается механизм радиозащитного действия диэтилстильбэстрола?</p>	<p>1) Угнетение процессов клеточного деления в костном мозге, что обеспечивает меньшую его поражаемость;</p> <p>2) повышение общей неспецифической радиорезистентности организма.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Какие препараты применяются для купирования первичной реакции на облучение?</p>	<p>1) Метоклопрамид;</p> <p>2) диметпрамид;</p> <p>3) латран;</p> <p>4) диксафен</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Какие свойства холинолитиков объясняют их применение в качестве антидота при поражении ФОС?	1) блокировать холинорецепторы и тем самым препятствовать действию на них ацетилхолина или ФОС; 5) вытеснять конкурентно ацетилхолин, уже вступивший во взаимодействие с холинорецептором.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Антидотная терапии поражения ФОС включает введение: а) атропина; б) аминостигмина; в) унитиола; г) пиридоксина.	а) атропина;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Выберите несколько правильных ответов			
2.	<p>К радиопротекторам относятся:</p> <p>а) атропин; б) цистамин; в) хромосмон; г) индралин; д) диэтилстильбэстрол; е) антициан.</p>	<p>б) цистамин; г) индралин; д) диэтилстильбэстрол;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	3 - Современные методы лечения заболеваний и (или) патологических состояний в условиях чрезвычайных ситуаций в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>Антидотная терапия поражений цианидами и синильной кислотой представлена:</p> <p>а) метгемоглобинообразователями; б) реактиваторами ацетилхолинэстеразы;</p>	<p>а) метгемоглобинообразователями; в) донаторами серы; г) кетонами и солями кобальта;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.</p>

	<p>в) донаторами серы; г) кетонами и солями кобальта; д) нитратами; е) блокаторами м-холинорецепторов.</p>		<p>]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5- 9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Профилактические средства защиты подразделяются на: а) радиопротекторы; б) энтеросорбенты; в) средства, повышающие общую неспецифическую радиорезистентность организма; г) средства профилактики первичной реакции на облучение; д) антидоты; е) антиэметики.</p>	<p>а) радиопротекторы; в) средства, повышающие общую неспецифическую радиорезистентность организма; г) средства профилактики первичной реакции на облучение;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>Какие мероприятия включены в объем симптоматической терапии острых отравлений синильной кислотой и цианидами?</p>	<p>1) ИВЛ, непрямой массаж сердца; 2) натрия гидрокарбонат; 3) дыхательные analeптики; 4) сердечные гликозиды, при брадикардии - атропин; 5) диазепам (Седуксен[▲]), (Феназепам[▲]); 6) антибиотики</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

		широкого спектра действия.	студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Назовите разовую дозировку и способ введения 0,1% раствора атропина при тяжелой степени поражения ФОС	1) внутримышечно или внутривенно 6-8 мл	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Дайте определение понятию «радиопротекторы». Приведите примеры радипротекторов.	1) препараты, профилактическое введение которых перед облучением приводит к уменьшению чувствительности организма к действию ионизирующего излучения. цистамин, индралин	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

Результаты освоения ОП	Результаты обучения по дисциплине
------------------------	-----------------------------------

(компетенции)	
	Знать
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	4 - Принципы и методы оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) состояниями в неотложной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Укажите средства специальной обработки эффективные в отношении синильной кислоты и цианидов: а) 2% щелочной раствор; б) жидкость ИПП-8; в) специальная обработка не требуется; г) жидкость ИПП-11.	в) специальная обработка не требуется;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
Выберите несколько правильных ответов			
1.	Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей включают: а) придание устойчивого бокового положения; б) запрокидывание головы с подъемом подбородка; в) давление руками на грудину пострадавшего; г) определение кровообращения, проверка пульса на магистральных	а) придание устойчивого бокового положения; б) запрокидывание головы с подъемом подбородка; д) выдвигание нижней челюсти;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-

	артериях; д) выдвижение нижней челюсти; е) максимальное сгибание конечности в суставе.		9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	В первую очередь подлежат эвакуации пораженные: а) с закрытыми переломами конечностей; б) с ранениями таза; в) с повреждениями черепа; г) с открытыми переломами конечностей; д) с ранениями конечностей; е) с открытым пневмотораксом.	б) с ранениями таза; в) с повреждениями черепа; е) с открытым пневмотораксом.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите формы оказания медицинской помощи	1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях,	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

		<p>обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;</p> <p>3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождаемых угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.</p>	5970452646.html
--	--	---	-----------------

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	1 - Разрабатывать план лечения пострадавших с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Возникла угроза облучения личного состава в дозе свыше 1 Гр. По какой	1) Принять за 30-40 мин до облучения в	Колесниченко, П. Л.

	<p>схеме необходимо принимать радиопротектор цистамин?</p>	<p>дозе 1,2 г (6 таблеток по 0,2 г), запивая водой. 2) Выраженное радиозащитное действие сохраняется в течение 4-5 ч. 3) В течение 1 сут при новой угрозе облучения возможен повторный прием препарата в дозе 1,2 г через 4-6 ч после первого применения.</p>	<p>Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>При каких условиях применение радиопротекторов неэффективно?</p>	<p>1) При кратковременном облучении в дозах менее 1 Гр нецелесообразно ввиду отсутствия практически значимого противолучевого эффекта в этих условиях. Малоэффективны они и при дозах облучения, превышающих 10 Гр.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
3.	<p>Какие группы препаратов применяются в качестве антидотов при поражении ФОС?</p>	<p>1) холинолитики; 2) реактиваторы холинэстеразы.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Сопоставьте мероприятия первичной врачебной медико-санитарной помощи пораженным АОВВ со степенью срочности их выполнения: а) антидотная терапия; б) проведение оксигенотерапии кислородно-воздушными смесями; в) профилактическое введение антибиотиков; г) купирование болевого синдрома; д) введение седативных препаратов; е) введение антигистаминных препаратов. 1) неотложные мероприятия; 2) отсроченные мероприятия.	Антидотная терапия, проведение оксигенотерапии кислородно-воздушными смесями, купирование болевого синдрома - неотложные мероприятия. Профилактическое введение антибиотиков, введение седативных препаратов, введение антигистаминных препаратов – отсроченные мероприятия.	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	2 - Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) патологическими состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Выберите вид медицинской сортировки: а) этапная сортировка; б) внутриэтапная сортировка; в) эвакуационно-транспортная; г) эвакуационно-этапная	в) эвакуационно-транспортная;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
Выберите несколько правильных ответов			
1.	Основные мероприятия медико-санитарного обеспечения при химической аварии включают: а) оказание первой помощи пораженным; б) карантинные мероприятия; в) эвакуация из очага поражения; г) специальная обработка пораженных; д) поисково-спасательные; е) профилактические.	а) оказание первой помощи пораженным; в) эвакуация из очага поражения; г) специальная обработка пораженных;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	Сопоставьте мероприятия первичной врачебной медико-санитарной	Антидотная терапия, проведение	Наркевич, И. А. Безопасность

	<p>помощи пораженным АОХВ со степенью срочности их выполнения:</p> <p>а) антидотная терапия;</p> <p>б) проведение оксигенотерапии кислородно-воздушными смесями;</p> <p>в) профилактическое введение антибиотиков;</p> <p>г) купирование болевого синдрома;</p> <p>д) введение седативных препаратов;</p> <p>е) введение антигистаминных препаратов.</p> <p>1) неотложные мероприятия;</p> <p>2) отсроченные мероприятия.</p>	<p>оксигенотерапии кислородно-воздушными смесями, купирование болевого синдрома - неотложные мероприятия.</p> <p>Профилактическое введение антибиотиков, введение седативных препаратов, введение антигистаминных препаратов – отсроченные мероприятия.</p>	<p>жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>
--	---	---	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	<p>При каких условиях объем первой врачебной помощи может быть сокращен до проведения неотложных мероприятий?</p>	<p>1) при массовом поступлении пораженных;</p> <p>2) в сложных условиях обстановки.</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	3 - Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пострадавшим с заболеваниями и (или) патологическими состояниями пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Кто оказывает первую помощь в очаге чрезвычайной ситуации?	1) пострадавшими (в порядке само- и взаимопомощи) 2) санитарями и санитарными инструкторами подразделений, привлекаемых к проведению аварийно-спасательных работ.	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	Дайте определение понятию «медико-санитарные последствия ЧС»	это комплексная характеристика ЧС, определяющая: 1) содержание, 2) объем 3) 3) и организацию медико-санитарного обеспечения	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
3.	По каким критериям осуществляется оценка медицинской обстановки в зоне ЧС:	<p>1) количество пострадавших и их нуждаемость в медицинской помощи, эвакуации и госпитализации;</p> <p>2) сложность и тяжесть полученных повреждений;</p> <p>3) состояние местных медицинских организаций и возможность привлечения к медицинскому обеспечению населения и спасателей медицинских организаций и формирований из благополучных районов;</p> <p>4) количество и уровень подготовки медицинских специалистов;</p> <p>5) транспортная доступность лечебных учреждений;</p> <p>6) санитарно-эпидемическая обстановка в зоне ЧС;</p> <p>7) вероятность воздействия на персонал и пациентов опасных факторов;</p> <p>4) климатические и метеорологические условия, время года и суток.</p>	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>Перечислите мероприятия первой помощи при поражении ипритом и люизитом:</p> <p>а) надевание противогаза; б) надевание респиратора; в) частичная санитарная обработка водой с мылом; г) частичная санитарная обработка с помощью индивидуального противохимического пакета (ИПП-8); д) беззондовое промывание желудка вне зоны загрязнения при пероральном загрязнении; е) закладывание раздавленной ампулы с фицилином под шлем-маску противогаза.</p>	<p>а) надевание противогаза; г) частичная санитарная обработка с помощью индивидуального противохимического пакета (ИПП-8); д) беззондовое промывание желудка вне зоны загрязнения при пероральном загрязнении;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	1 -Разработка плана лечения пострадавших с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
Выберите несколько правильных ответов			
1.	Особенности организации оказания медицинской помощи пораженным	б) обеспечение полного физического и	Колесниченко, П. Л.

	<p>фосгеном:</p> <p>а) эвакуация на носилках в положении на боку;</p> <p>б) обеспечение полного физического и психического покоя;</p> <p>в) эвакуация лежа, на носилках санитарным транспортом;</p> <p>г) согревание пострадавшего;</p> <p>д) эвакуация лежа, на носилках общим транспортом;</p> <p>е) эвакуация на носилках в положении сидя.</p>	<p>психического покоя;</p> <p>в) эвакуация лежа, на носилках санитарным транспортом;</p> <p>г) согревание пострадавшего;</p>	<p>Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>Укажите абсолютные противопоказания к эвакуации пораженных любым видом транспорта:</p> <p>а) продолжающееся внутреннее и неостановленное наружное кровотечение;</p> <p>б) глубокая кома любой этиологии;</p> <p>в) открытый пневмоторакс;</p> <p>г) открытые переломы конечностей;</p> <p>д) неукротимая рвота;</p> <p>е) компенсированная стадия шока.</p>	<p>а) продолжающееся внутреннее и неостановленное наружное кровотечение;</p> <p>б) глубокая кома любой этиологии;</p> <p>д) неукротимая рвота;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
3	<p>В случае перорального поступления радионуклидов назначаются:</p> <p>а) очистительная клизма, солевые слабительные;</p> <p>б) зондовое промывание желудка, рвотные средства;</p> <p>в) селективные сорбенты;</p> <p>г) антибактериальные препараты;</p> <p>д) антитоксы;</p> <p>е) комплексоны.</p>	<p>а) очистительная клизма, солевые слабительные;</p> <p>б) зондовое промывание желудка, рвотные средства;</p> <p>в) селективные сорбенты;</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-</p>

			Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm 1
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	2 - Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с заболеваниями и (или) патологическими состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Назовите антидот люизита: а) атропин; б) унитиол; в) хромосмон; г) ацизол.	б) унитиол;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-

			9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Наиболее токсичным представителем группы делириогенов является вещество: а) дитран; б) скополамин; в) ВZ; г) фенциклидин.	в) ВZ;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие мероприятия первичной специализированной медицинской помощи могут быть отнесены к отсроченным?	1) введение препаратов, корригирующих иммунную реактивность организма и стимулирующих неспецифические механизмы защиты; 2) щелочные и масляные ингаляции; 3) профилактическое назначение антибиотиков; 4) назначение антигистаминных	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС

		<p>средств;</p> <p>5) лечение конъюнктивитов легкой и средней тяжести.</p>	<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>
2.	<p>Какие мероприятия первичной специализированной медико-санитарной помощи относятся к неотложным?</p>	<p>1) полная санитарная обработка пораженных;</p> <p>2) продолжение антидотной терапии по показаниям;</p> <p>3) дезинтоксикационная терапия</p> <p>4) при расстройствах дыхания - оксигенотерапия, введение дыхательных analeптиков, интубация трахеи;</p> <p>5) купирование судорожного синдрома;</p> <p>6) при острых нарушениях гемодинамики инфузионная терапия, введение стероидных гормонов;</p> <p>7) лечение острых нарушений ритма сердца;</p> <p>8) антибактериальная терапия;</p> <p>6) ликвидация болевого и судорожного синдромов.</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
	<p>Владеть</p>

ОПК- 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	3 - Оказание медицинской помощи в неотложной форме пострадавшим с заболеваниями и (или) патологическими состояниями пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Врачебно-сестринские бригады предназначены для оказания:</p> <p>а) первичной медико-санитарной врачебной помощи пострадавшим в ЧС и их эвакуации в медицинские организации;</p> <p>б) первой помощи пострадавшим в ЧС;</p> <p>в) специализированной помощи пострадавшим в ЧС;</p> <p>г) доврачебной помощи пострадавшим в ЧС и их эвакуации в медицинские организации.</p>	а) первичной медико-санитарной врачебной помощи пострадавшим в ЧС и их эвакуации в медицинские организации;	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
2.	<p>Основным патогенетическим фактором действия ФОС является:</p> <p>а) угнетение цитохромоксидазы;</p> <p>б) угнетение ацетилхолинэстеразы;</p> <p>в) угнетение алкогольдегидрогеназы;</p> <p>г) угнетение аланинаминотрансферазы.</p>	б) угнетение ацетилхолинэстеразы;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
Выберите несколько правильных ответов			
1.	<p>Мероприятия первой помощи при поражении ТХВ раздражающего действия включают:</p> <p>а) надевание противогаза в зоне заражения;</p> <p>б) скорейший выход (вынос) пострадавшего из зоны заражения;</p> <p>в) внутримышечное введение афина;</p> <p>г) после выхода из зоны заражения - снятие противогаза, промывание глаз и полости рта чистой водой, проведение частичной санитарной обработки;</p> <p>д) заложить под шлем-маску противогаза раздавленную ампулу амилнитрита;</p> <p>е) внутримышечное введение промедола.</p>	<p>а) надевание противогаза в зоне заражения;</p> <p>б) скорейший выход (вынос) пострадавшего из зоны заражения;</p> <p>г) после выхода из зоны заражения - снятие противогаза, промывание глаз и полости рта чистой водой, проведение частичной санитарной обработки;</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите профилактические мероприятия поражений ТХВ раздражающего действия.	<p>1) использование индивидуальных технических средств защиты (средства защиты органов дыхания и глаз) в зоне заражения;</p> <p>2) проведение частичной санитарной обработки после выхода из зоны заражения.</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm
--	--	---

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	1 - Методика сбора жалоб и анамнеза у пострадавших в чрезвычайных ситуациях

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Характерный запах иприта: а) горького миндаля; б) горчицы или чеснока; в) слабый эфирный; г) прелого сена или гниющих фруктов.	б) горчицы или чеснока;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9

			785970452646.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Сопоставьте симптомы мускариноподобного и никотиноподобного действия фосфорорганических соединений: а) мышечная слабость; б) бронхорея; в) клоникотонические судороги; г) миофибрилляции д) миоз; е) тахикардия. 1) мускариноподобное действие; 2) никотиноподобное действие.	Бронхорея клоникотонические судороги, миоз - мускариноподобное действие Мышечная слабость, миофибрилляции, тахикардия - никотиноподобное действие	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Как классифицируются лучевые поражения по характеру распределения поглощенной дозы в объеме тела?	1) общее (тотальное) облучение; - равномерное; - неравномерное; 2) местное (локальное) облучение.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Какие синдромы составляют основу симптомокомплекса общей первичной реакции на облучение?	1) диспептический синдром (тошнота, рвота, при нейтронном	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л.

	облучении - диарея) 2) астеновегетативный синдром (головная боль, слабость, гиподинамия, артериальная гипотензия) синдромы.	Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	2 - Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Мускариноподобное действие фосфорорганических соединений проявляется симптомами: а) миоз; б) мидриаз; в) гипергидроз; г) бронхорея; д) тахикардия; е) сухость слизистых оболочек.	а) миоз; в) гипергидроз; г) бронхорея;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите формы лучевой гибели клеток	1) репродуктивная, т.е. непосредственно связанную с процессом деления клетки 2) интерфазная, которая может произойти в любой фазе клеточного цикла.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	В чем сущность правила Бергонье и Трибондо?	2) ткани тем более радиочувствительны, чем выше пролиферативная активность составляющих их клеток 3) и тем более радиорезистентны, чем выше степень их дифференцирования.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

3.	Опишите механизм токсического действия синильной кислоты	<p>2) синильная кислота вступает в реакцию с трехвалентным железом</p> <p>3) цитохромоксидаза переходит в окисленное состояние и теряет способность к передаче электронов</p> <p>4) прекращается образование (АТФ) в цепи биологического окисления, что сопровождается быстрым истощением энергетических ресурсов</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
Результаты освоения ОП (компетенции)		Результаты обучения по дисциплине	
		Знать	
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		3 - Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации	

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какова главная цель проведения СЛР?	<p>3) Поддержание жизнедеятельности организма</p> <p>4) Восстановление дыхания и кровообращения</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

			5970452646.html
2.	Как выявляют сохранность сознания у пострадавшего?	4) Громко обратиться к пострадавшему и потереть за плечо 5) Если пострадавший не реагирует, значит сознание отсутствует	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	Методика определения пульса у пострадавшего без сознания	3) пульс необходимо определять на сонной артерии, 4) слегка прижать сосуд к позвоночному столбу (в переднезаднем направлении относительно пострадавшего) 6) определять не более 10 секунд	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Продолжительность клинической смерти а). 1 мин б) 10-15 мин в) 3- 5 мин г) 1 час	3-5 мин	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Перечислите признаки биологической смерти, при которых реанимационные действия уже не проводятся а). веретенообразная форма зрачка при сдавливании глазного яблока («кошачий глаз») б) помутнение и высыхание роговицы глаза в) отсутствие дыхания г) трупное окоченение д) отсутствие сознания е) отсутствие сердцебиения	веретенообразная форма зрачка при сдавливании глазного яблока («кошачий глаз») помутнение и высыхание роговицы глаза трупное окоченение	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	1 - Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите эффекты синаптического действия фосфорорганических соединений	1) Антихолинэстеразное действие. 2) Холиносенсибилизирующее. 3) Облегчающее действие. 4) Холиномиметическое действие. 5) Холинолитическое	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-

		действие	9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Назовите пути поступления иприта в организм человека?	1) Ингаляционный, 2) пероральный, 6) перкутанный.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
3.	В чем заключается механизм токсического действия ФОС?	2) В основе антихолинэстеразного действия ФОС лежит структурное сходство с ацетилхолином. 3) В результате взаимодействия ФОС с ацетилхолинэстеразой происходит фосфорилирование фермента. 4) При этом дефосфорилирование - протекает исключительно медленно. 5) В результате этого в синаптической щели возникает избыточное количество нейромедиатора ацетилхолина, который	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

		<p>возбуждает и перевозбуждает постсинаптическую мембрану</p> <p>7) Формируется холиномиметический эффект.</p>	
4	<p>Водитель извлечен из кабины грузового автомобиля с работающим двигателем. Находится в коматозном состоянии.</p> <p>Кожа гиперемирована с цианотичным оттенком, зрачки расширены, на свет не реагируют, рефлексы отсутствуют. Пульс аритмичный, нитевидный, около 100 ударов в 1 минуту, тоны сердца резко ослаблены, АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание Чейн-Стокса. Температура тела 39,5⁰ С.</p> <p>Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>Отравление угарным газом. Коматозное состояние, арефлексия, характерная окраска кожи, гемодинамические нарушения и патологический тип дыхания свидетельствуют о тяжелой степени отравления.</p> <p>Неотложным мероприятием следует считать применение оксигенотерапии с помощью табельных кислородных ингаляторов.</p> <p>Целесообразно применять кислородно-воздушные смеси с высоким (75-80%) содержанием кислорода с последующим переходом на, менее богатые смеси (40-50% O₂).</p> <p>Необходимо введение глюкозо-новокаиновой смеси (50 мл 2% раствора новокаина на 500 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно), сердечных гликозидов (коргликон 1 мл 0,06% раствора или строфантин 0,5 мл 0,05% раствора в 10 мл 20% растворе глюкозы внутривенно медленно).</p> <p>6) Подлежит эвакуации</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

		в специализированное лечебное учреждение, где возможно проведение гипербарической оксигенации, санитарным транспортом в положении лежа, с проведением оксигенотерапии в пути следования.	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	2 - Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите факторы, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения.	1) Вид катастрофы; 2) размеры территории очага поражения; 3) степень выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне катастрофы; 4) наличие или отсутствие на местности опасных для человека поражающих факторов (РВ, АХОВ, БС, пожаров и т.д.); 5) материально-техническое оснащение ВСМК; 6) уровень развития медицинской науки.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN978

			5970452646.html
2.	Перечислите мероприятия медицинской эвакуации	<p>1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;</p> <p>2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
3.	Что представляет собой система этапного лечения пораженных и больных с их эвакуацией по назначению?	<p>3) единый лечебный процесс, т.е. все медицинские мероприятия, в которых нуждается данный пораженный, расчленяется на ряд комплексов мероприятий (так называемые виды медицинской помощи),</p> <p>4) которые осуществляются по мере эвакуации (транспортировки) к месту окончательного лечения.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
4	Обнаружен спасателями в очаге химической аварии. Сознание отсутствует. Со слов сопровождающего во время эвакуации у пострадавшего наблюдались распространенные клонико-тонические судороги. Доставлен на этап первой врачебной помощи. При осмотре коматозное состояние с	<p>Коматозное состояние с полной утратой чувствительности и рефлексов, яркая окраска кожи и слизистых, отсутствие пульса на крупных артериях, редкое неритмичное дыхание и появление клонико-</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст</p>

	<p>полной утратой чувствительности и рефлексов. Кожа и слизистые ярко алой окраски, зрачки расширены, на свет не реагируют. Пульс на крупных артериях не определяется, дыхание редкое, 4-5 в минуту, неритмичное. Во время осмотра имело место непроизвольное мочеиспускание.</p> <p>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>тонических судорог характерно для паралитической стадии поражения цианидами тяжелой степени. Неотложная помощь заключается в применении антидотов: антициана (1 мл 20% раствора внутримышечно), натрия тиосульфата (20 мл 30% раствора внутривенно), хромосмона (20 мл внутривенно). Проводится оксигенотерапия с помощью табельной аппаратуры. Внутримышечно вводят 2 мл 1,5% раствора этимизола.</p> <p>5) После нормализации дыхания подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь. В пути следует предусмотреть оказание помощи при рецидивах интоксикации.</p>	<p>: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
5	<p>Во время аварийного выброса на заводе появилась резь в глазах и першение в носоглотке, кашель. После надевания противогаза и выхода из очага состояние улучшилось, сохранялось незначительное чувство саднения за грудиной. Примерно через 10 часов появилась незначительная общая слабость, головокружение, небольшая одышка.</p> <p>1-я врачебная помощь. Состояние</p>	<p>1-я врачебная помощь. Диагноз: Острое ингаляционное поражение отравляющим веществом пульмонотоксического действия легкой степени. Токсический ларинготрахеит, ДН-0. Токсический конъюнктивит,</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

<p>удовлетворительное, сознание ясное, активен, контактен. Кожные покровы обычной окраски, теплые. Отмечается гиперемия конъюнктивы и задней стенки глотки. Пульс 72 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Число дыханий 14 в мин, подвижность нижнего легочного края в норме. При перкуссии над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Квалифицированная помощь. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, сохраняется гиперемия конъюнктивы и задней стенки глотки. Пульс 74 в 1 мин, ритмичный, тоны сердца звучные. АД 110/70 мм рт. ст. Частота дыхания 15 в 1 мин. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: гемоглобин 134 г/л, эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,7 \times 10^9/л$.</p> <p>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем помощи на этапе первой врачебной и квалифицированной помощи.</p> <p>3. Определите эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>токсический назофарингит.</p> <p>Диагноз установлен на основании факта выброса ТХВ, наличия продолжительного скрытого периода и признаков раздражения слизистой оболочки глаз и верхних дыхательных путей.</p> <p>Объем помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> -промывание глаз 2% раствором соды; -вдыхание фицилина или противодымной смеси; - внутривенное введение 20 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора кальция хлорида. <p>Эвакуация на этап квалифицированной медицинской помощи в положении сидя во вторую очередь.</p> <p>Квалифицированная помощь. Диагноз: Тот же</p> <p>Объем помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> -повторное промывание глаз 2% раствором соды; -инфузионная терапия (20 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора кальция хлорида). <p>б) На данном этапе медицинской эвакуации пострадавший лечится до выздоровления, которое наступит ориентировочно через 5-7 дней.</p>	<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
---	---	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	3 - Применять лекарственные препараты и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	<p>Находился в очаге радиационной аварии, где получил ожог волосистой части головы и левой верхней конечности вторичным пламенем. Огонь потушил самостоятельно. Принял внутрь две таблетки этаперазина.</p> <p>Первая врачебная помощь. Сознание сохранено. Волосистая часть головы опалена, кожа на ней отечна, гиперемирована, множественные пузыри с прозрачным содержимым. На коже тыла левой кисти и предплечья сливающиеся пузыри с содержимым соломенно- желтого цвета. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД 110/80 мм рт. ст., дыхание везикулярное. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Во время осмотра была однократная рвота.</p> <p>Показания индивидуального дозиметра 2, 7 Гр.</p> <p>Квалифицированная помощь. Через 3 часа после облучения: состояние тяжелое, сознание угнетено до уровня сомноленции. Кожные покровы бледные, сухие. После снятия повязки: волосистая часть головы опалена, кожа отечна, гиперемирована, множественные</p>	<p>Диагноз: Комбинированное радиационно-термическое поражение III ст. тяжести, начальный период. Острая лучевая болезнь, костномозговая форма II степени тяжести. Ожог волосистой части головы, тыла левой кисти и левого предплечья I - II степени.</p> <p>Объем помощи: В частичной санитарной обработке не нуждается.</p> <p>На сортировочной площадке: - диксафен 1,0 мл внутримышечно; - промедол 1,0 мл внутримышечно, 400,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

<p>пузыри с прозрачным содержимым. На коже тыла левой кисти и предплечья сливающиеся пузыри с содержимым соломенно-желтого цвета. Пульс 104 в 1 мин, слабого наполнения, тоны сердца ослаблены, АД 90/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен зеленовато-желтым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный в эпигастральной области. Температура тела 37,4⁰.</p> <p>В анализе крови: эритроциты – 5,8x10¹²/л, лейкоциты – 13,0x10⁹/л, лимфоциты – 0,54x 10⁹/л, гематокрит – 48%.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз. 2. Объем помощи на этапах первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. 3. Примите решение об эвакуационном предназначении 	<p>внутривенно,</p> <ul style="list-style-type: none"> - кордиамин 1,0 мл подкожно; - введение противостолбнячной сыворотки. <p>В перевязочной – наложение асептической повязки на обожженные поверхности.</p> <p>Эвакуация на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом сидя в первую очередь.</p> <p>Квалифицированная помощь.</p> <p>Объем помощи:</p> <p>В полной санитарной обработке не нуждается. Должен быть направлен в госпитальное отделение для проведения интенсивной терапии сердечно-сосудистой недостаточности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - промедол - 1,0 мл внутримышечно, 400,0 – 800,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно, 300,0 мл полиглюкина внутривенно, 1,0 мл 1% раствора мезатона внутримышечно; - 500,0 мл гемодеза внутривенно капельно; - первичная хирургическая обработка <p style="text-align: right;">с</p>	
--	---	--

		<p>наложением повязки на обожженные поверхности. После купирования явлений шока и установления стабильных гемодинамических показателей подлежит эвакуации на этап специализированной помощи в первую очередь санитарным транспортом.</p>	
	<p>Техник-радиохимик принял внутрь с суицидной целью раствор радиоизотопа ^{131}J в неизвестном количестве. Через 2-2,5 часа после приема радионуклида была однократная рвота, а спустя 7 часов повторная, появилась общая слабость, головокружение, тошнота, чувство жара, дрожь в теле, сердцебиение. Интенсивность названных симптомов нарастала и через двое суток пострадавший обратился за медицинской помощью. Первая врачебная помощь. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, возбужден, тревожен, лицо и слизистые ротовой полости гиперемированы, эрозии на языке и задней стенке глотки. Пульс 110 в 1 мин, напряжен, тоны сердца звучные, АД 130/80 мм рт. ст. Дыхание жесткое, живот болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии. Температура тела $37,4^{\circ}$. При наружной дозиметрии в проекции щитовидной железы определяется доза гамма-излучения 8,0 Гр</p> <p>Квалифицированная помощь. Состояние удовлетворительное, повышенный блеск глаз, гиперемия лица, конъюнктив и слизистой</p>	<p>Диагноз: Острая лучевая болезнь от внутреннего радиоактивного заражения ^{131}J средней степени тяжести, период первичной реакции.</p> <p>Объем помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – В частичной санитарной обработке не нуждается. – 1,0 мл 0,5% раствора аминазина внутримышечно. – 50,0 мл 10% раствора тиосульфата натрия внутрь, обильное питье. <p>Эвакуация на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом сидя во вторую очередь. Квалифицированная помощь.</p> <p>Объем помощи: В полной санитарной обработке не нуждается, должен быть направлен в госпитальное отделение.</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

<p>полости рта, эрозия на языке и задней стенке глотки, кожные покровы влажные. Пульс 134 в 1 мин, аритмичный, напряжен, тоны сердца звучные, АД 140/80 мм рт. ст., дыхание везикулярное. живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Температура тела 37,2⁰. Анализ крови на третьи сутки после облучения: эритроциты 4,4*10⁹/л, лейкоциты 4,8*10⁹/л, лимфоциты 0,6*10⁹/л, тромбоциты 155*10⁹/л, ретикулоциты 0,2%, СОЭ 14 мм/час. На ЭКГ – синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 125 в 1 мин, частые предсердные экстрасистолы, диффузные нарушения процессов реполяризации.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз. 2. Объем помощи на этапах первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. 3. Примите решение об эвакуационном предназначении 	<p>В госпитальном отделении:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1,0 мл 0,5% раствора аминазина внутримышечно; - повторный прием 50,0 мл 10% раствора тиосульфата натрия внутрь; - зондовое промывание желудка; - 30,0 г магния сульфата внутрь; - очистительная клизма. <p>Подлежит эвакуации на этап специализированной помощи санитарным транспортом во вторую очередь.</p>	
--	--	--

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Гербицидами называются:</p> <p>а) химические вещества или рецептуры, предназначенные для поражения и уничтожения различных видов растительности;</p> <p>б) химические вещества, которые могут быть использованы террористическими группировками и диверсионными группами для заражения продовольствия, воды, других предметов;</p> <p>в) это вещества, находящиеся на химически опасных объектах в значительных количествах, при аварийных выбросах которых может произойти химическое заражение окружающей среды в концентрациях и количествах, опасных для жизни и</p>	<p>а) химические вещества или рецептуры, предназначенные для поражения и уничтожения различных видов растительности;</p>	<p>Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.student1</p>

	здоровья людей, животных и растений; г) токсичные химикаты, предназначенные для снаряжения химических боеприпасов и устройств, составляющих основу химического оружия для применения в условиях ведения боевых действий.		library.ru/book/ISBN9785970445969.htm 1
2.	Совокупность процессов, приводящих к снижению содержания токсиканта в организме, называется: а) элиминация; б) экскреция; в) резорбция; г) биотрансформация.	а) элиминация	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm 1

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	4 - Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
2.	Человек без сознания, с судорожными подергиваниями тела, лежит на оборванном электрическом проводе. Дыхание слабое, редкое, пульс не прощупывается. На левой кисти красноватая припухлость. Определите порядок оказания первой помощи.	Освободить пострадавшего от действия тока, отбросив сухой палкой провод или оттащив его за одежду. Проводить реанимационные мероприятия до появления сердцебиений, дыхания, реакции зрачков на свет. Наложить стерильную повязку на кисть. Быстро доставить в ближайшее ЛПУ	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Выберите правильные высказывания о проведении СЛР: А. соотношение компрессий к вдохам при проведении СЛР взрослому человеку 30:2 Б. показанием к СЛР является отсутствие сознания В. перед началом СЛР под плечи пострадавшего необходимо подложить валик Г. показанием к СЛР является отсутствие дыхания и сердцебиения Д. при наличии признаков биологической смерти проведение СЛР эффективно Е. соотношение компрессий к вдохам при проведении СЛР взрослому человеку 5:2	соотношение компрессий к вдохам при проведении СЛР взрослому человеку 30:2 перед началом СЛР под плечи пострадавшего необходимо подложить валик показанием к СЛР является отсутствие дыхания и сердцебиения	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
2.	Опишите технику искусственного дыхания	3) объем воздуха, достаточный для того, чтобы можно было	Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / Левчук И. П. , Третьяков Н. В. -

	заметить подъем грудной клетки, вдувают относительно медленно (в течение 1-2 с) 4) интервал между вдуваниями не должен превышать 1 с	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6014-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html
--	---	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	1 - Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	По основному проявлению токсического процесса ТХВ раздражающего действия делятся: а) стерниты; б) галлюциногены; в) лакриматоры; г) делириогены д) комбинированного действия; е) гемические яды.	а) стерниты; в) лакриматоры; д) комбинированного действия;	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlib

			library.ru/book/ISBN9785970445969.htm <u>1</u>
2	С какими железосодержащими ферментами связывается оксид углерода: а) цитохромоксидаза; б) миоглобин; в) ацетилхолинэстераза; г) алкогольдегидрогеназа; д) каталаза; е) глюкозо-6- фосфатдегидрогеназа.	а) цитохромоксидаза; б) миоглобин; д) каталаза;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Сопоставьте отравляющие вещества цитотоксического действия с группой, к которой они относятся: а) люизит; б) сернистый иприт; в) соединения мышьяка; г) азотистый иприт; д) соединения тяжелых металлов; е) бромистый метил. 1) тиоловые яды; 2) ингибиторы синтеза белка и клеточного деления.	Люизит, соединения мышьяка, соединения тяжелых металлов - тиоловые яды. Сернистый иприт, азотистый иприт, бромистый метил - ингибиторы синтеза белка и клеточного деления.	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2	Распределите токсичные химические вещества на группы : а) фосген; б) иприт; в) люизит; г) аммиак; д) хлор; е) этиленоксид.	фосген; аммиак; хлор - ТХВ пульмонотоксического действия. иприт; люизит; этиленоксид - ТХВ цитотоксического действия.	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича -

	<p>1) ТХВ пульмонотоксического действия; 2) ТХВ цитотоксического действия.</p>		<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.html</p>
--	--	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
	<p>Владеть</p>
<p>ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>2 - Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	<p>Находился в химическом очаге без средств защиты кожи. Жалуется на сильные боли в глазах, светобоязнь, слезотечение, головокружение, слабость, тошноту, рвоту. Со слов пострадавшего капли ТХВ попали на кожу лица и в глаза. Через несколько минут почувствовал ощущения песка в глазах, светобоязнь, слезотечение, которые неуклонно нарастали. При осмотре несколько заторможен, вял, адинамичен. Блефароспазм, выраженный отек и гиперемия век, эритематозные очаги на коже лица. Пульс 60 ударов в 1 минуту, рит-</p>	<p>Боль в глазах, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм и эритематозные очаги на коже лица свидетельствуют о поражении глаз и кожи капельно-жидким ипритом. Выявленные при осмотре адинамия, брадикардия и гипотония являются следствием резорбтивного</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

	<p>мичный, топы сердца ослаблены, АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание жесткое.</p> <p>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного.</p>	<p>(общетоксического) действия иприта.</p> <p>На этапе первой врачебной помощи необходимо проведение частичной санитарной обработки, применение глазных мазей (5% синтомициновой или 30% унитиоловой), внутривенно гемодез 500 мл, кальция хлорид 10 мл 10% раствора.</p> <p>Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи в первую очередь санитарным транспортом в положении сидя.</p>	<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
	<p>Сотрудник аварийно-спасательного формирования, выполняя работы по ликвидации последствий химической аварии, повредил средства защиты кожи. Через час развилась общая слабость, затрудненное дыхание, чувство стеснения за грудиной, кашель, одышка при физической нагрузке, слюнотечение.</p> <p>Доставлен в медицинский пункт объекта (первая врачебная помощь) спустя 2 часа после случившегося. Состояние удовлетворительное, жалобы прежние. Кожные покровы влажные, акроцианоз. Зрачки 2 мм, реакция на свет вялая. Миофибрилляции в области правого бедра. Пульс 62 в 1 мин, ритмичный, АД 130/85 мм рт. ст. Число дыханий – 24 в мин. В легких дыхание с жестким оттенком. Температура тела 36,9⁰. После оказания первой врачебной помощи эвакуирован в ПМГ.</p>	<p>Медицинский пункт. Диагноз: Острое перкутанное поражение ТХВ нейротоксического действия легкой степени, диспноэтическая форма.</p> <p>Диагноз установлен на основании сведений о пребывании в очаге химического поражения и повреждения средств защиты кожи, характерной клинической картины (узкие зрачки, миофибрилляции, тенденции к брадикардии, затрудненное дыхание, одышка).</p> <p>Объем помощи: - частичная санитарная обработка; - снятие противогаза;</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

	<p>При поступлении в ПМГ (квалифицированная помощь) состояние удовлетворительное. Возбужден, сохраняется слабость, затрудненное дыхание, одышка. Распространенные миофибрилляции. Зрачки 1 мм., реакция на свет ослаблена. Пульс ритмичный, 75 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Отмечается снижение активности холинэстеразы плазмы. ЭКГ – без патологических изменений. Оставлен для лечения в госпитальном отделении.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз. 2. Обоснуйте объем помощи на этапах эвакуации. 3. Примите решение об эвакуационном предназначении пораженного. 	<p>- антидотная терапия (атропина сульфата 2 мл 0,1% раствора внутримышечно; - ингаляции кислорода. Эвакуация на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом, сидя во вторую очередь.</p> <p>ПМГ. Диагноз: тот же. Установлен на основании медицинской документации предыдущего этапа эвакуации и клинических проявлений поражения, подтвержден исследованием холинэстеразы сыворотки крови.</p> <p>Объем помощи: - полная санитарная обработка со сменой одежды; - продолжение антидотной терапии (атропина сульфата 0,1% раствора 2 мл внутримышечно до состояния легкой атропинизации, до 8-12 мл в сутки); - ингаляция кислорода; - седативная терапия (сибазон 0,5 мг внутрь 2 раза в день).</p> <p>Пораженный остаётся в ПМГ до полного излечения, которое наступит ориентировочно через 3 – 5 дней.</p>	
	<p>Доставлен в медицинский пункт объекта из очага химического поражения через 3 часа после выброса АОХВ. Жалуется на</p>	<p>Жалобы и результаты первоначального осмотра пострадавшего характерны для</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.</p>

<p>головную боль, слабость, привкус горечи во рту. Со слов пострадавшего через несколько минут после аварии появилась головная боль, онемение слизистой рта, тошнота, рвота. Час назад фельдшер ввел антидот, после чего самочувствие несколько улучшилось. При осмотре состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые розовые, губы, нос и щеки ярко алой окраски. Пульс 76 удара в 1 минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Оставлен под наблюдением медицинского персонала. Через час самочувствие пострадавшего ухудшилось: усилилась головная боль, появилась одышка, чувство страха смерти, непродолжительные клонические судороги.</p> <p>При осмотре возбужден, кожа и слизистые ярко алого цвета, зрачки широкие, экзофтальм. Пульс 48 ударов в 1 минуту, напряжен, АД 180/80 мм рт.ст. Число дыханий 30 в минуту. В период осмотра развился приступ клонико-тонических судорог.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Определите объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение пораженного. 	<p>поражения цианидами действия легкой степени. Однако прогрессирующее ухудшения состояния, урежение пульса, учащение дыхания, появление неврологических расстройств, судорог свидетельствуют о развитии судорожной стадии тяжелого поражения цианидами. Кратковременное улучшение самочувствия пострадавшего было обусловлено введением антидота.</p> <p>Необходимо введение антидотов (антициана 1 мл 20% раствора внутримышечно, натрия тиосульфата 20 мл 30% раствора внутривенно, хромосмона 20 мл внутривенно), проведение оксигенотерапии, внутримышечное введение этимизола (2 мл 1,5% раствора) или кордиамина (2 мл). После купирования судорог подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.</p>	<p>]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
--	--	--

<p>Результаты освоения ОП (компетенции)</p>	<p>Результаты обучения по дисциплине</p>
---	--

	Владеть
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	3 - Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Продолжительность биологической стадии биологического действия ионизирующих излучений составляет: а) 10^{-16} - 10^{-15} секунды; б) 10^{-14} - 10^{-11} секунды; в) секунды-годы; г) 10^{-6} - 10^{-3} секунды.	в) секунды-годы;	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите факторы, определяющие степень радиационной опасности для населения в случае аварии на радиационно-опасном объекте	1) количество и радионуклидный состав выброшенных РВ; 2) расстояние от источника аварийного выброса до населенных пунктов; 3) характер их	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности , медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-

		застройки и плотность населения; 4) природные климатические условия	Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm
2.	В чем заключается прямое действие ионизирующего излучения?	1) Энергия излучения поглощается молекулами воды 2) которые подвергаются радиолизу Разрывы химических связей приводят к образованию свободных радикалов	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Сколько стадий выделяют в биологическом действии ионизирующих излучений? а) 6 б) 2 в) 3 г) 4	г) 4	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст

			: электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
--	--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	4 - Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте определение понятию «ОВ нейротоксического действия»	3) это вещества, для которых порог чувствительности нервной системы существенно ниже, чем других органов и систем 4) Токсический процесс, развивающийся в результате действия нейротоксикантов, проявляется нарушением механизмов нервной регуляции жизненно важных органов и систем, а также памяти, мышления, эмоций, поведения	Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html
2.	Перечислите основные особенности биологического действия ионизирующего излучения	1) отсутствие субъективных ощущений и	Наркевич, И. А. Безопасность жизнедеятельности

		<p>объективных изменений в момент контакта с излучением;</p> <p>2) наличие скрытого период;</p> <p>3) несоответствие между тяжестью острой лучевой болезни и ничтожным количеством первично пораженных клеток;</p> <p>4) суммирование малых доз;</p> <p>5) генетический эффект;</p> <p>6) различная радиочувствительность органов;</p> <p>7) высокая эффективность поглощенной энергии;</p> <p>8) тяжесть облучения зависит от времени получения суммарной дозы;</p> <p>5) влияние на развитие лучевого поражения обменных факторов.</p>	<p>, медицина катастроф : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. А. Наркевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4596-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445969.htm</p>
3.	<p>Назовите причины интоксикации при развитии токсемической (сосудистой) форме ОЛБ</p>	<p>1) продукты распада тканей</p> <p>2) радиотоксины</p> <p>9) токсины кишечной микрофлоры</p>	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Каким характерным запахом обладает фосген:</p> <p>а) эфира;</p> <p>б) горького миндаля;</p> <p>в) герани;</p> <p>г) прелого сена или гниющих фруктов.</p>	г) прелого сена или гниющих фруктов.	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>
2.	<p>В основе патогенеза токсического отека легких лежит:</p> <p>а) ингибирование ацетилхолинэстеразы;</p> <p>б) ингибирование цитохромоксидазы;</p> <p>в) повышение проницаемости альвеолярной и капиллярной мембраны;</p> <p>г) повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера.</p>	в) повышение проницаемости альвеолярной и капиллярной мембраны;	<p>Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф : учебник / П. Л. Колесниченко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. : ил. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452646.html</p>

3. Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

19. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

20. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	31. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	32. Знание алгоритма решения
	33. Уровень самостоятельного мышления
	34. Аргументированность решения
	35. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

21. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

22. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)



Фонд оценочных средств по дисциплине «Клиническая фармакология»
Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции (ИУК)		
	ИУК-1знать	ИУК-2уметь	ИУК-3владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - основные понятия, используемые в общественном здоровье и здравоохранении; 2 - научные идеи и тенденции развития медицины и фармации;	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации;
	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции (ИУК)		
	ИОПК-1знать	ИОПК-2уметь	ИОПК-3владеть
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	1 – Положения нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих обращение лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента 2 – Актуальный ассортимент лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента	1. Организовывать информационную и консультационную помощь для населения и медицинских работников по вопросам рационального применения лекарственных препаратов	1 –Анализом текущего ресурсного обеспечения и потребностей фармацевтической организации

2 Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

1. **Клиническая фармакология** [Электронный ресурс] : учебник / Кукес В. Г. ; [кол. авт.: В. Г. Кукес, Д. А. Андреев, В. В. Архипов и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
 2. **Бегг Э.** Клиническая фармакология [Текст] : [учеб. изд.] / Э. Бегг ; пер. с англ. Т. П. Мосоловой. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. - 104 с. : ил.
 3. **Петров В. И.** Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике [Текст] : мастер-класс : учебник / В. И. Петров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 871 с. : ил., цв. ил.
 4. **Харкевич Д. А.** Фармакология [Электронный ресурс] : учебник / Д. А. Харкевич. - 11-е изд., испр. и доп. - М., 2013. - 760 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
 5. **Харкевич Д. А.** Фармакология [Текст] : учебник / Д. А. Харкевич. - 11-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 755, [5] с. : ил.
 6. **Фармакология : руководство к лабораторным занятиям** [Электронный ресурс] / Д. А. Харкевич [и др.] ; под ред. Д. А. Харкевича. - 5-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 488 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
 7. **Фармакология : руководство к лабораторным занятиям** [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Д. А. Харкевич [и др.] ; под ред. Д. А. Харкевича. - 5-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 488, [8] с. : ил.
- 2. Дополнительная литература:**
1. **Биссвангер Х.** Практическая энзимология [Текст] : [учеб. изд.] / Х. Биссвангер ; пер. с англ. Т. П. Мосоловой ; с предисл. А. В. Левашова. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. - 328 с. : ил. - (Методы в биологии).
 2. **Принципы и методы биохимии и молекулярной биологии** [Текст] : [для студентов вузов, преподавателей и аспирантов мед.-биол. профиля] / ред. К. Уилсон, Дж. Уолкер ; пер. с англ. Т. П. Мосоловой, Е. Ю. Бозелек-Решетняк под ред. А. В. Левашова, В. И. Тишкова. - М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. - 848 с. : ил., [4] с. цв. вкл. - (Методы в биологии).
 3. **Нельсон Д.** Основы биохимии Ленинджера [Текст] : в 3 т. Т. 1 : Основы биохимии. Структура и катализ / Д. Нельсон, М. Кокс ; пер. с англ. Т. П. Мосоловой, Е. М.

- Молочкиной, В. В. Белова ; под ред. А. А. Богданова, С. Н. Кочеткова. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний , 2012. - 694 с. : ил., цв. ил. - (Лучший зарубежный учебник).
4. **Нельсон Д.** Основы биохимии Ленинджера [Текст] : в 3 т. Т. 2 : Биоэнергетика и метаболизм / Д. Нельсон, Д. Кокс ; пер. с англ. Т. П. Мосоловой, Е. М. Молочкиной, В. В. Белова ; под ред. А. А. Богданова, С. Н. Кочеткова. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний , [2014]. - 636 с. : ил., цв. ил. - (Лучший зарубежный учебник).
 5. **Шмид Р.** Наглядная биотехнология и генетическая инженерия [Текст] / Р. Шмид ; пер. с нем. А. А. Виноградовой, А. А. Синюшина; под ред. Т. П. Мосоловой, А. А. Синюшина. - М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2014. - 324, [4] с. : цв. ил.
 6. **Баарс Б.** Мозг, познание, разум: введение в когнитивные нейронауки [Текст] : В 2 т. Т. 1 / Б. Баарс, Н. Гейдж ; пер. 2-го англ. изд. под общ. ред. В. В. Шульговского. - 2-е англ. изд. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний , [2014]. - 541, [3] с. : ил., цв. ил. - (Лучший зарубежный учебник).
 7. **Принципы и методы биохимии и молекулярной биологии** [Текст] : [для студентов вузов, преподавателей и аспирантов мед.-биол. профиля] / ред. К. Уилсон, Дж. Уолкер ; пер. с англ. Т. П. Мосоловой, Е. Ю. Бозелек-Решетняк под ред. А. В. Левашова, В. И. Тишкова. - М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. - 848 с. : ил., [4] с. цв. вкл. - (Методы в биологии).
 8. **Леск А.** Введение в биоинформатику [Текст] : [учебник] / А. Леск ; пер. с англ. под ред. А. А. Миронова, В. К. Швядаса. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. - 318, [2] с. : ил.
 9. **Попечителей Е. П.** Системный анализ медико-биологических исследований [Текст] : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки "Биотехнические системы и технологии" / Е. П. Попечителей. - Старый Оскол : ТНТ, 2014. - 419, [1] с. : ил.
 10. **Рецепторы: P2Y1 - Рецепторы: молекулярно-биологические, химические и фармакологические аспекты** [Текст] / А. Спасов (ред.). - Saarbrücken : LAP Lambert Academic Publishing , 2013. - 157 с. : ил.
 11. **Фармакопея США. USP 29. Национальный формуляр** [Текст] : [сб. стандартов] NF 24 : [пер. с англ.] : в 2 т. Т. 1. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1720 с. : ил.—2
 12. **Фармакопея США : USP 29 : Национальный формуляр** [Текст] : [сб. стандартов] NF 24 : [пер. с англ.] : в 2 т. Т. 2. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1700 с. : ил. + 1 CD-ROM.

13. **Уард Д.** Наглядная физиология [Текст] : [учеб. пособие] / Д. Уард, Р. Линден, Р. Кларк ; пер. с англ. Е. Г. Ионкиной, О. С. Глазачева ; под ред. О. С. Глазачева, Е. Г. Ионкиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 136 с. : ил.--б
14. **Гимнема лесная (ботаника, фармакогнозия, фармакология, клиническая эффективность)** [Текст] : монография / А. А. Спасов [и др.] ; ГОУ ВПО ВолгГМУ Минздравсоцразвития РФ ; ГУ "ВМНЦ" ; НИИ Здоровья, г. Москва. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 200 с. : ил.
15. **Аспекты фармакологии средств, влияющих на обменные процессы** [Текст] : учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. высш. проф. образования группы Здравоохранение / В. А. Косолапов [и др.] ; ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава РФ, Каф. фармакологии. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 148 с. : ил.
16. **Фармакология стереоизомеров лекарственных веществ** [Текст] : монография / А. А. Спасов [и др.] ; Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО "ВолгГМУ", ГУ "Волг. мед. науч. центр". - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. - 348 с. : ил.
17. **Сычев Д. А.** Клиническая фармакология : общие вопросы клинической фармакологии [Текст] : практикум : учеб. пособие по спец.060101.65 "Леч. дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Мед.-профил. дело" / Д. А. Сычев, Л. С. Долженкова, В. К. Прозорова ; под ред. В. Г. Кукуеса ; Минобрнауки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 224 с. : ил.
18. **Основы создания лекарственных препаратов** [Текст] : (избранные лекции) : учеб. пособие для студентов по спец. 060108 65 - Фармация, 060112 65 - Мед. биохимия / Л. И. Бугаева [и др.] ; под ред. А. А. Спасова ; Минздравсоцразвития РФ, ВолГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2010. - 192 с. : ил.
19. **Тюренков И. Н.** Новая медицинская технология: использование высокочастотной ультразвуковой доплерографии для изучения влияния фармакологических веществ на региональное кровообращение и эндотелиальную функцию [Текст] : метод. пособие / И. Н. Тюренков, А. В. Воронков ; Федер. агентство по здравсоцразвитию, ВолГМУ, Науч.-исслед. ин-т фармакологии. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2010. - 27 с. : ил.
20. **Биохимическая фармакология** [Текст] : учеб. пособие по спец. : 060112 65 - Мед. биохимия, 060113 65 - Мед. биофизика, 060114 65 - Мед. кибернетика / К. А. Атрошкин [и др.] ; под ред. П. В. Сергеева, Н. Л. Шимановского. - М. : МИА, 2010. - 622, [2] с. : ил.

21. **Машковский М. Д.** Лекарственные средства [Текст] : пособие для врачей / М. Д. Машковский. - 16-е изд., перераб., испр. и доп. - М. : Новая Волна : Издатель Умеренков, 2012. - 1216 с.
22. **Теория вероятностей и математическая статистика. Математические модели** [Текст] : учеб. пособие / В. Д. Мятлев [и др.]. - М. : Академия, 2009. - 316 с. : ил. - (Университетский учебник. Высшая математика и её приложения к биологии).
23. **Фармакология в вопросах и ответах** [Текст] : учеб. пособие / ред. А. Рамачандран ; пер. с англ. под ред. Р. Н. Аляутдина, В. Ю. Балабаньяна. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 558 с. : ил.
24. **Фаллер А.** Анатомия и физиология человека [Текст] : [учебник] / А. Фаллер, М. Шюнке ; пер. с англ. В. Н. Егоровой [и др.]. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. - 539 с. : цв. ил. - (Лучший зарубежный учебник).
25. **Клиническая фармакология** [Текст] : национальное руководство / [авт. кол.: А. В. Астахова, Афанасьев В. В., Бабак С. В. и др.] ; под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепихина, В. И. Петрова ; Ассоциация мед. об-в по качеству. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 965 с. : ил. - (Национальные руководства. Национальный проект "Здоровье").
26. **Козлов С. Н.** Современная антимикробная химиотерапия [Текст] : рук-во для врачей / С. Н. Козлов, Л. С. Страчунский. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : МИА, 2009. - 446 с.
27. **Смирнов А. Н.** Эндокринная регуляция. Биохимические и физиологические аспекты [Текст] : учеб. пособие / А. Н. Смирнов ; под ред. В. А. Ткачука. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 368 с. : ил.
28. **Смирнов А. Н.** Эндокринная регуляция. Биохимические и физиологические аспекты [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Смирнов А. Н. ; под ред. В. А. Ткачука. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 368 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
29. **Клиническая фармакология** [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / В. Г. Кукес [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса. - Изд. 4-е, перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1052, [4] с. : ил. + 1 CD-ROM.
30. **Нил М. Дж.** Наглядная фармакология [Текст] : [учеб. пособие для студентов медвузов] / Нил М. Дж. ; пер. с англ. под ред. Р. Н. Аляутдина. - М. : ГЭОТАР-Медицина, 2011. - 104 с. : ил.
31. **Смирнов А. Н.** Элементы эндокринной регуляции [Текст] / А. Н. Смирнов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 352 с. : ил.

32. **Доказательная эндокринология** [Текст] : [руководство] / под ред. П. Камачо, Х. Гариба, Г. Майзмора ; пер. с англ. под ред. Г. А. Мельниченко, Л. Я. Рожинской. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 632 с.
33. **Прикладная фармакоэпидемиология** [Текст] : учебник для студентов и врачей / под ред. В. И. Петрова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 379 с. : ил.
34. **Прикладная фармакоэпидемиология** [Электронный ресурс] : учебник для студентов и врачей / под ред. В. И. Петрова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 384 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
35. **Российская энциклопедия биологически активных добавок** [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / В. И. Петров [и др.] ; [авт.: В. И. Петров, А. А. Спасов, С. В. Недогода, Н. А. Гурова, И. Н. Иёжица, А. В. Степанов, И. В. Ивахненко, А. П. Ефремов] ; под общ. ред. В. И. Петрова, А. А. Спасова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1052 с. : ил., табл.
36. **Гистаминовые рецепторы : (молекулярно-биологические и фармакологические аспекты)** [Текст] : монография / А. А. Спасов [и др.] ; Федер. агентство по здравоохранению, ВолНЦ РАМН и адм. Волг. обл., ВолГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2007. - 150 с. : ил.
37. **Оковитый С. В.** Клиническая фармакология гепатопротекторов [Текст] / С. В. Оковитый, С. Н. Шуленин ; Воен.-мед. акад., Каф. и клиника пропедевтики внутр. болезней. - СПб., 2006. - 80 с.
38. **Венгеровский А. И.** Лекции по фармакологии для врачей и провизоров [Электронный ресурс] / А. И. Венгеровский. - М., 2007. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
39. **Хафизьянова Р. Х.** Математическая статистика в экспериментальной и клинической фармакологии [Текст] : монография / Р. Х. Хафизьянова, И. М. Бурыкин, Г. Н. Алеева. - Казань : Медицина, 2006. - 374 с. : ил.
40. **Клиническая фармакология по Гудману и Гилману** [Текст] : в 4 кн. Кн. 2 / под общ. ред. А. Г. Гилмана ; ред. Дж. Хардман, Л. Лимберд ; пер. с англ. под общ. ред. Н. Н. Алипова. - М. : Практика, 2006. - 336 с. : ил. - (Классика современной медицины).
41. **Клиническая фармакология по Гудману и Гилману** [Текст] : в 4 кн. Кн. 3 / под общ. ред. А. Г. Гилмана; ред. Дж. Хардман, Л. Лимберд; пер. с англ. под общ. ред. Н. Н. Алипова. - М. : Практика, 2006. - 400 с. : ил. - (Классика современной медицины).
42. **Клиническая фармакология по Гудману и Гилману** [Текст] : в 4 кн. Кн. 4 / под общ. ред. А. Г. Гилмана; ред. Дж. Хардман, Л. Лимберд; пер. с англ. под общ. ред. Н. Н. Алипова. - М. : Практика, 2006. - 448 с. : ил. - (Классика современной медицины).

43. **Хронофизиология, хронофармакология и хронотерапия** [Текст] : монография / Н. А. Агаджанян [и др.] ; Федер. агентство по здравоохранению ; Рос. ун-т дружбы народов ; ВолГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2005. - 336 с. : ил.
44. **Клиническая фармакология в практике врача-терапевта** [Текст] : учеб. пособие для самостоят. внеаудит. работы по курсу "Клин. фармакология" для студентов V и VI курсов леч. фак-та / В. И. Петров [и др.] ; под ред. В. И. Петрова ; Федер. агентство по здравоохранению, ВолГМУ, каф-ра клин. фармакологии. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2007. - 472 с. : ил.
45. **Белоусов Ю. Б.** Клиническая фармакология и фармакотерапия [Текст] : [руководство] / Ю. Б. Белоусов. - Изд. 3-е, испр. и доп. - М. : МИА, 2010. - 866, [6] с. : ил.
46. **Петров В. И.** Медицина, основанная на доказательствах [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов и последиплом. образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 141 с. : ил.
47. **Петров В. И.** Медицина, основанная на доказательствах [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов и последиплом. образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 141, [3] с. : ил.
48. **Петров В. И.** Медицина, основанная на доказательствах [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Петров В. И., Недогода С. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 144 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>
49. **Клиническая фармакология. Общие вопросы клинической фармакологии** [Электронный ресурс] : практикум : учебное пособие / Д. А. Сычев [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 224 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
50. **Осложнения фармакотерапии** [Текст] . Т. 1 : Неблагоприятные побочные реакции лекарственных средств / Д. В. Рейхарт [и др.] ; под ред. Д. В. Рейхарта. - М. : Литтерра, 2007. - 248 с.
51. **Зборовский А. Б.** Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств [Текст] / А. Б. Зборовский, И. Н. Тюренков, Ю. Б. Белоусов. - М. : МИА, 2008. - 651 с.
52. **Харкевич Д. А.** Основы фармакологии [Электронный ресурс] : учебник для вузов / Харкевич Д. А. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2008 . - 714, [6] с. : ил. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
53. **Перфилова В. Н.** Антиаритмические препараты [Текст] : учеб. пособие для спец. 060108 - Управление и экономика фармации / В. Н. Перфилова, Д. Д. Бородин ; ВолГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2014. - 117, [3] с. : ил.

54. **Тюренков И. Н.** Кардиоваскулярные и кардиопротекторные свойства ГАМК и её аналогов [Текст] : монография / И. Н. Тюренков, В. Н. Перфилова ; Федер. агентство по здравоохранению, ГОУ ВПО ВолГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2008. - 204 с. : ил.
55. **Тюренков И. Н.** Режим дозирования лекарственных средств [Текст] : учеб. пособие для провизоров по спец. Фармация / И. Н. Тюренков, А. В. Воронков ; Росздрав, ВолГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2010. - 310 с. : цв. ил.
56. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 33044-2014 «Принципы надлежащей лабораторной практики» (Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 20 ноября 2014 г. № 1700-ст межгосударственный стандарт ГОСТ 33044—2014 введен в действие в качестве национального стандарта Российской Федерации с 1 августа 2015 г. Настоящий стандарт идентичен международному документу OECD Guide 1:1998 OECD Principles of good laboratory practice).
57. Межгосударственный стандарт ГОСТ 32296-2013 «Методы испытаний по воздействию химической продукции на организм человека. Основные требования к проведению испытаний по оценке острой токсичности при внутрижелудочном поступлении методом фиксированной дозы» (Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22 ноября 2013 г. № 795-ст межгосударственный стандарт ГОСТ 32296—2013 введен в действие в качестве национального стандарта Российской Федерации с 1 августа 2014 г. Настоящий стандарт идентичен международному документу OECD Test № 420 «Acute Oral Toxicity - Fixed Dose Procedure»). – М.: Стандартинформ, 2014. – 15 с.
58. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56700-2015 «Лекарственные средства для медицинского применения. Доклинические фармакологические исследования безопасности» (Утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 11 ноября 2015 г. № 1761-ст. Настоящий стандарт идентичен международному документу ICH S7A:2001 «Доклинические фармакологические исследования безопасности лекарственных средств для медицинского применения» (ICH S7A:2001 «Safety Pharmacology studies for human pharmaceuticals»). - М.: Стандартинформ, 2016. – 11 с.
59. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56701-2015 Лекарственные средства для медицинского применения. Руководство по планированию доклинических исследований безопасности с целью последующего проведения

клинических исследований и регистрации лекарственных средств (Утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 11 ноября 2015 г. № 1762-ст. Настоящий стандарт идентичен международному документу ICH M3(R2):2009 «Руководство по планированию доклинических исследований безопасности с целью последующего проведения клинических исследований и регистрации лекарственных средств»). - М.: Стандартинформ, 2016. – 27 с

60. Лекция «Пути создания новых лекарственных средств в современном мире». <https://elearning.volgmed.ru/course/index.php?categoryid=1662>
61. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обращении лекарственных средств"
62. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
63. Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 646н "Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения"
64. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1093н (ред. от 24.11.2021) "Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества в том числе Порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов"
65. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н (ред. от 28.12.2010) "Об утверждении Правил хранения лекарственных средств"
66. Приказ Минздрава России от 26.10.2015 N 751н "Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными

организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность"

67. Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"
68. Министерство здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru/>
69. Лекарственные средства, используемые для лечения острых респираторных вирусных инфекций (орви)(лекция) <https://elearning.volgmed.ru/course/index.php?categoryid=1662>

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 – основные понятия, используемые в общественном здравоохранении

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Что включает понятие «фармакодинамика»? А. всасывание лекарственных веществ Б. распределение лекарственных веществ В. выведение лекарственных веществ из организма Г. биологический эффект и механизм действия веществ	Что включает понятие «фармакодинамика»? Г. биологический эффект и механизм действия веществ	№25, стр 43

	Д. всё перечисленное выше		
2.	<p>Фармакокинетика изучает:</p> <p>А. пути поступления ЛС в организм человека, всасывание, распределение, биотрансформация и выведение ЛС из организма</p> <p>Б. токсичность и побочные эффекты ЛС</p> <p>В. эффекты ЛС и механизмы их действия</p> <p>Г. взаимодействия ЛС и фармакологические эффекты</p> <p>изменения определенных функций организма в ответ на действие ЛС.</p>	<p>Фармакокинетика изучает:</p> <p>А. пути поступления ЛС в организм человека всасывание, распределение, биотрансформация и выведение ЛС из организма</p>	№25, стр 43
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Методологической основой для разработки критериев выбора ЛС для ФС являются принципы:</p> <p>А. "доказательной медицины"</p> <p>Б. результатов доклинических исследований</p> <p>В. результатов клинических исследований</p> <p>Г. фармакоэкономического и фармакоэпидемиологического анализа</p>	<p>Методологической основой для разработки критериев выбора ЛС для ФС являются принципы:</p> <p>А. "доказательной медицины"</p> <p>Г. фармакоэкономического и фармакоэпидемиологического анализа</p>	№3, стр 35
2.	<p>Фармакоэпидемиология это наука, изучающая:</p> <p>А. применение ЛС</p> <p>Б. Всасывание, распределение и выведение ЛС из организма</p> <p>В. Механизм действия ЛС</p> <p>Г. эффекты ЛС на уровне популяции или больших групп людей для более рационального и благоприятного с точки зрения стоимости</p> <p>Д. эффективности применения наиболее эффективных и безопасных ЛС</p> <p>Е. анализ структуры применения ЛС в регионе</p>	<p>Фармакоэпидемиология это наука, изучающая:</p> <p>А. применение ЛС</p> <p>Г. эффекты ЛС на уровне популяции или больших групп людей для более рационального и благоприятного с точки зрения стоимости</p> <p>Д. эффективности применения наиболее эффективных и безопасных ЛС</p> <p>Е. анализ структуры применения ЛС в регионе</p>	№3, стр 35

Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	<p>А) фармацевтические субстанции -</p> <p>Б) вспомогательные вещества –</p> <p>В) лекарственные препараты -</p> <p>Г) лекарственная форма -</p> <hr/> <p>1) лекарственные средства в виде действующих веществ биологического, биотехнологического, минерального или химического происхождения, обладающие фармакологической активностью, предназначенные для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяющие их эффективность;</p> <p>2) лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности;</p> <p>3) вспомогательные вещества - вещества неорганического или органического происхождения, используемые в процессе производства, изготовления лекарственных препаратов для придания им необходимых физико-химических свойств;</p> <p>4) лекарственная форма - состояние лекарственного препарата, соответствующее способам его введения и применения и обеспечивающее достижение необходимого лечебного эффекта;</p>	<p>А) фармацевтические субстанции – 1. лекарственные средства в виде действующих веществ биологического, биотехнологического, минерального или химического происхождения, обладающие фармакологической активностью, предназначенные для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяющие их эффективность;</p> <p>Б) вспомогательные вещества – 3. вещества неорганического или органического происхождения, используемые в процессе производства, изготовления лекарственных препаратов для придания им необходимых физико-химических свойств;</p> <p>В) лекарственные препараты – 2. лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности;</p> <p>Г) лекарственная форма – 4. состояние лекарственного препарата, соответствующее способам его введения и применения и обеспечивающее достижение необходимого лечебного эффекта;</p>	№61

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
16.	<p>Покупатель просит пояснить, почему один препарат стоит намного дороже, чем другой, хотя содержит такую же фармацевтическую субстанцию в такой же лекарственной форме. Вам необходимо объяснить, что такое оригинальное ЛС и что такое воспроизведенное ЛС.</p>	<p>оригинальное лекарственное средство - лекарственное средство, содержащее впервые полученную фармацевтическую субстанцию или новую комбинацию фармацевтических субстанций, эффективность и безопасность которых подтверждены результатами доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов;</p> <p>воспроизведенное лекарственное средство - лекарственное средство, содержащее такую же фармацевтическую субстанцию или комбинацию таких же фармацевтических субстанций в такой же лекарственной форме, что и оригинальное лекарственное средство, и поступившее в обращение после поступления в обращение оригинального лекарственного средства;</p>	№61 Ст.4
17.	<p>Покупатель просит пояснить, почему препараты, которые содержат одинаковую фармацевтическую субстанцию в такой же лекарственной форме имеют разные наименования. Вам необходимо объяснить, что такое международное непатентованное наименование лекарственного средства и торговое наименование лекарственного средства</p>	<p>международное непатентованное наименование лекарственного средства - наименование фармацевтической субстанции, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения;</p> <p>торговое наименование лекарственного средства - наименование лекарственного средства, присвоенное его разработчиком;</p>	№61 Ст.4
18.	<p>Вы провизор Центра охраны здоровья матери и ребенка. Вам необходимо выступить на конференции «Школа молодой</p>	<p>Эмбриотоксичность- токсическое действие на эмбрион, развивается в первые 1-2 недели беременности</p>	№51, стр 80-81

	<p>матери» с сообщением о возможном отрицательном влиянии лекарственных препаратов на разные стадии развития плода.</p> <p>Расскажите о том, как лекарственное вещество может проникнуть из организма матери в организм плода.</p> <p>Объясните женщинам значение следующих терминов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эмбриотоксичность 2. Тератогенность 3. Фетотоксичность 	<p>(предимплантационный период).</p> <p>Тератогенность – токсическое действие ЛС в период интенсивного органогенеза, развивается с 3-й по 13-ю недели беременности.</p> <p>Фетотоксичность – токсическое действие ЛС на плод, приводящее к перинатальной патологии</p>	
19.	<p>Вы провизор Центра охраны здоровья матери и ребенка. Вам необходимо выступить на конференции «Школа молодой матери» и дать рекомендации кормящим матерям по применению лекарственных средств</p>	<p>-в период лактации женщина должна по возможности избегать применения ЛС</p> <p>-в случае необходимости принимать препарат только по назначению врача</p> <p>-выбирать препараты не проникающие в молоко или безвредные для ребенка</p> <p>-кормление ребенка перед приемом ЛС уменьшает вероятность попадания ЛС в организм ребенка</p> <p>-при применении вредных для грудного ребенка ЛС отказаться от грудного вскармливания</p>	№51, стр 105-106
20.	<p>В аптеку обращается посетитель с вопросом: как узнать список лекарств, которые отпускаются с 50% скидкой и какие категории лиц имеют право получать ЛП с такой скидкой?</p>	<p>1) информация о перечни лиц, которым лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой дана в Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения"</p> <p>2) так же Ознакомиться с такой информацией можно на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (http://rosminzdrav.ru/),</p>	№ 67 http://rosminzdrav.ru

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
21.	лекарственные средства - это	вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты;	№61 Ст. 4
22.	фармацевтический работник - это	- физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее - лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка	№ 62
23.	фармацевтическая организация -это	юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). В целях	№ 62

		настоящего Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность	
24.	клинические рекомендации-это	- документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.	№ 62
25.	доказательная медицина — это:	1) прикладная методология, возникшая в результате стремительного прогресса медицинской науки, нарастания объема знаний и информационного взрыва; 2) органичный синтез индивидуального опыта практикующего врача с результатами лучших научных исследований по оценке эффективности медицинских вмешательств.	№3, стр. 31

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1-научные идеи и тенденции развития медицины и фармации;
---	--

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Генотерапевтическими лекарственными препаратами называются:</p> <p>а) лекарственные препараты биологического происхождения, предназначенные для иммунологической диагностики, профилактики и лечения различных заболеваний</p> <p>б) лекарственные препараты, фармацевтическая субстанция которых является или включает в себя рекомбинантную нуклеиновую кислоту, позволяющую осуществлять регулирование, репарацию, замену, добавление или удаление генетической последовательности</p> <p>в) крупные молекулы, похожие или идентичные молекулам белков и других сложных веществ, которые организм использует для поддержания жизнедеятельности</p> <p>г) лекарственные препараты, блокирующие распространение опухоли, воздействующие на молекулы, которые отвечают за превращение нормальных клеток в раковые</p>	<p>Генотерапевтическими лекарственными препаратами называются:</p> <p>б) лекарственные препараты, фармацевтическая субстанция которых является или включает в себя рекомбинантную нуклеиновую кислоту, позволяющую осуществлять регулирование, репарацию, замену, добавление или удаление генетической последовательности</p>	№60, с. 66
2.	<p>Репозиционирование лекарств - это:</p> <p>а) синтез химических соединений, содержащих один и тот же активный компонент, но в различной химической форме (соли, эфиры, комплексы и др.)</p> <p>б) совокупность физико-химических и биохимических превращений,</p>	<p>Репозиционирование лекарств - это:</p> <p>г) выявление новых показаний у разрешенных к медицинскому применению препаратов</p>	№ 60, С.63

	способствующих инактивации или превращению молекул лекарств в метаболиты в) рациональный дизайн химического соединения, основанный на понимании зависимости «химическая структура – фармакологическое действие» г) выявление новых показаний у разрешенных к медицинскому применению препаратов		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Что соответствует понятию «направленный синтез лекарственных веществ» 1) –скрининг 2) -случайные находки 3)-воспроизведение структуры эндогенных веществ 4)-химическая модификация известных молекул	Что соответствует понятию «направленный синтез лекарственных веществ» 3)-воспроизведение структуры эндогенных веществ 4)-химическая модификация известных молекул	№ 60, С.60
2.	К специфическим видам токсичности относится а) генотоксичность б) местная переносимость в) канцерогенность г)репродуктивная и онтогенетическая токсичность д) иммунотоксичность	К специфическим видам токсичности относится б) местная переносимость д) иммунотоксичность	№ 57, стр 4
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	А) одинаково у дженериков и оригинального препарата Б) может отличаться у дженерика и оригинального препарата <hr/> 1) активное вещество 2) дозировка 3) вспомогательные вещества (наполнители, красители и т.д.) 4) скорость поступления и выведения активного вещества 5)безопасность 6) эффективность 7) качество	А) одинаково у дженериков и оригинального препарата- 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10 Б) может отличаться у дженерика и оригинального препарата – 3, 8 <hr/>	№ 60, С.61

8) цена		
9) условия производства		
10) способ употребления		

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	На конференции обсуждаются новые тенденции развития медицины и фармации. Вам предстоит сделать краткое сообщение о клеточной инженерии.	Клеточная инженерия (один из основных методов биотехнологии) – создание клеток нового типа на основе их гибридизации, реконструкции и культивирования В зависимости от объекта генетических манипуляций клеточная инженерия подразделяется на: хромосомную (перенос больших групп генов или хромосом) и геномную (полный перенос генома)	№ 60, С 26
2	Дайте информацию о современных подходах к изучению токсичности лекарственных средств	Общие виды токсичности: Общетоксические свойства Генотоксичность Канцерогенность Репродуктивная и онтогенетическая токсичность Специфические виды токсичности: Местная переносимость Иммунотоксичность Фотобезопасность Эндокринологическая токсичность Токсичность для половозрелых	№ 57, стр 3

		животных Туморогенность и др. Токсикокинетика Исследования экологической безопасности Фармакологическая безопасность — в т.ч. исследование потенциала лекарственной зависимости	
3.	Сделайте доклад о путях химического синтеза лекарственных веществ	Эмпирический путь: -скрининг -случайные находки Направленный синтез: -воспроизведение структуры эндогенных веществ -химическая модификация известных молекул Целенаправленный синтез (рациональный дизайн химического соединения), основанный на понимании зависимости «химическая структура – фармакологическое действие»	№ 60, С60
4	На конференции Вам предстоит выступить с сообщением об альтернативных путях создания новых лекарственных средств	Воспроизведенный (генерический) лекарственный препарат, который имеет такой же качественный и количественный состав действующих веществ, в такой же лекарственной форме, что и референтный и био- или терапевтическая эквивалентность которого	№ 60, С.60

		<p>референтному лекарственному препарату подтверждена соответствующими исследованиями</p> <p>Фармацевтическая альтернатива: лекарственные препараты, содержащие один и тот же активный компонент, но в различной химической форме (соли, эфиры, комплексы и др.), либо различные по дозировке и по силе</p> <p>Репозиционирование лекарств: выявление новых показаний у разрешенных к медицинскому применению препаратов</p>	
5	<p>Выступите с сообщением на тему: «Основные компьютерные методы, используемые при поиске лекарственных препаратов».</p>	<p>Основные компьютерные методы, используемые при поиске лекарственных препаратов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • молекулярное моделирование (ММ); • виртуальный скрининг; • дизайн новых лекарственных препаратов <i>de novo</i>; • оценка свойств «подобия лекарству»; • моделирование связывания лиганд-мишень. 	№60, с.68

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Назовите этапы разработки новых	1этап: дизайн новой	№ 60, С.2

	лекарственных средств	молекулы, синтез и скрининг новых веществ II этап: доклиническое изучение III этап: клиническое изучение	
2	Назовите фазы клинических испытаний и их задачи	Iфаза (изучается насколько хорошо переносится препарат): - изучение безопасности -изучение фармакокинетики/фармакодинамики -изучение метаболизма -изучение токсичности IIфаза (определяется оптимальный уровень дозировки и подбирается схема приёма препарата): -определяется отношение доза/эффект -определяются дозировки для использования -оценивается безопасность -оценивается эффективность -принимается решение о целесообразности дальнейших исследований IIIфаза: -доказать безопасность на большой популяции -подтвердить эффективность -получить полную информацию, необходимую для терапевтического применения IVфаза: -установить взаимосвязь польза-риск -коррекция дозы -изучить спрос на рынке сбыта	№ 60, С.2
3	Биоинформатика	Определение потенциала биологической активности путем машинного поиска	№ 60, С. 5

		<ul style="list-style-type: none"> • Кластерный анализ большого массива уже известных лекарственных веществ, сгруппированных по структуре или по видам проявляемой ими биоактивности • Моделирование механизма взаимодействия лекарственного вещества с рецептором или иных эмпирических связей лекарства с биомолекулами 	
4	Клеточная инженерия	<p>Клеточная инженерия (один из основных методов биотехнологии) – создание клеток нового типа на основе их гибридизации, реконструкции и культивирования</p> <p>В зависимости от объекта генетических манипуляций клеточная инженерия подразделяется на:</p> <p>хромосомную (перенос больших групп генов или хромосом)</p> <p>геномную (полный перенос генома)</p>	№ 60, С. 26
5	Виртуальный скрининг	<p>это вычислительная процедура, которая включает автоматизированный просмотр базы данных химических соединений и отбор тех из них, для которых прогнозируется наличие желаемых свойств. Применяется при разработке новых лекарственных препаратов для поиска химических соединений, обладающих нужным видом биологической активности.</p>	№ 61, с.15

Результаты освоения УК	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	По уровню доказательности к градации А относятся: 1) – неконтролируемые исследования, описание отдельных случаев, либо серии случаев 2) – мнение экспертов 3) – хорошо организованные исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с невысокой вероятностью систематических ошибок 4) систематический обзор РКИ	По уровню доказательности к градации А относятся: 4) систематический обзор РКИ	№3, стр 23
2.	По уровню доказательности к градации Д относятся: 1) – неконтролируемые исследования, описание отдельных случаев, либо серии случаев 2) – мнение экспертов 3) – хорошо организованные исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с невысокой вероятностью систематических ошибок 4) систематический обзор РКИ	По уровню доказательности к градации Д относятся: мнение экспертов	№ 3, стр 24
Выберите несколько правильных ответов			
1.	По уровню доказательности к градации С относятся: 1) – исследования типа «случай-контроль» 2) – когортные исследования с очень низкой вероятностью	По уровню доказательности к градации С относятся: 4) описание серии случаев 5) низкосортные когортные исследования (с невысокой вероятностью)	№3, стр 23

	<p>систематических ошибок 3) – мнение экспертов 4) – описание серии случаев 5)- низкокачественные когортные исследования (с невысокой вероятностью систематических ошибок) 6)систематический обзор РКИ</p>	<p>систематических ошибок)</p>	
2.	<p>По уровню доказательности к градации В относятся: 1) –исследования типа «случай-контроль» 2) -когортные исследования с очень низкой вероятностью систематических ошибок 3) – мнение экспертов 4) – описание серии случаев 5)- низкокачественные когортные исследования (с невысокой вероятностью систематических ошибок) 6)систематический обзор РКИ</p>	<p>По уровню доказательности к градации В относятся: 1) –исследования типа «случай-контроль» 2) -когортные исследования с очень низкой вероятностью систематических ошибок</p>	№3, стр 23
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>А – доказательства убедительны В – доказательства относительно убедительны С – достаточных доказательств нет Д – достаточно отрицательных доказательств Е – веские отрицательные доказательства</p> <hr/> <p>1) - достаточных доказательств нет – имеющих доказательства недостаточно для вынесения рекомендации, но могут быть рекомендованы при наличии иных обстоятельств 2) - достаточно отрицательных доказательств- достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения 3) - доказательства относительно убедительны – есть достаточно доказательств, чтобы рекомендовать данный препарат или вмешательство 4) - есть веские доказательства в пользу применения</p>	<p>А – доказательства убедительны – есть веские доказательства в пользу применения В – доказательства относительно убедительны – есть достаточно доказательств, чтобы рекомендовать данный препарат или вмешательство С – достаточных доказательств нет – имеющих доказательства недостаточно для вынесения рекомендации, но могут быть рекомендованы при наличии иных обстоятельств Д – достаточно отрицательных доказательств- достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения Е – веские отрицательные доказательства- достаточно убедительных доказательств,</p>	№3, стр 24

	5) - достаточно убедительных доказательств, чтобы полностью исключить от рекомендаций	чтобы полностью исключить от рекомендаций	
--	---	---	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
11.	Вам предоставляют информацию из рекламной статьи и спрашивают Ваше мнение по этому поводу. Дайте характеристику рекомендаций по уровню доказательности.	I- систематический обзор РКИ, отдельное РКИ II- систематический обзор когортных исследований, отдельное когортное исследование III- систематический обзор или отдельное исследование типа «случай-контроль» IV- описание серии случаев V- мнение экспертов без точной критической оценки	№3, стр 23
12.	В рекомендациях по применению препарата указана сила доказательств (класс В) Дайте пояснение что это значит.	Есть достаточные доказательства в пользу того, чтобы рекомендовать	№3, стр 23
13.	Вам предстоит сделать анализ блок-граммы (графического представления результатов мета-анализа). В каком случае Вы можете сделать вывод что полученный результат достоверен и статистически значим?	Если ромб не пересекает линию «отсутствия различий»	№3, стр. 30
14.	Вам предстоит сделать анализ блок-граммы (графического представления результатов мета-анализа). В каком случае вы даете заключение, что различия между сравниваемыми группами действительно существуют и они	Если горизонтальная линия (доверительный интервал) результатов исследования не пересекает линию «отсутствия различий»	№3, стр. 30

	достоверны?		
15.	Вам предстоит сделать анализ блотограммы (графического представления результатов мета-анализа). На блотограмме доверительный интервал результата пересекает вертикальную линию. Какие вы можете сделать заключения?	1) либо нет достоверных различий между изучаемыми вмешательствами; 2) либо размер выборки недостаточен для определения истинного результата	№3, стр. 30

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
15.	Какая «триада» наиболее полно характеризует современный взгляд на доказательную медицину?	- Данные высококачественных научных исследований - Индивидуальные особенности пациента - Клиническое мышление и личный профессиональный опыт врача	№3, стр 19
16.	Дайте классификацию исследований по цели исследования.	1. Описательные исследования • описание отдельных случаев • описание серии случаев 2. Аналитические исследования А). Observационные исследования (наблюдения): • исследование «случай-контроль» • одномоментное исследование • когортное исследование Б). Экспериментальные исследования • рандомизированное клиническое исследование (РКИ)	№3, стр 37
17.	Дайте классификацию исследований по времени изучения явлений	1. Ретроспективные исследования – исследования, опирающиеся на информацию об имевших место в прошлом событиях (исходы наступили до того, как начато исследование). 2. Проспективные	№3, стр 37

		исследования – исследования, в которых сформированную в настоящее время группу наблюдают в будущем (исследуемую группу формируют до того, как наступили исходы).	
18.	Когортное исследование - это	Это— наблюдационное исследование, в котором изначально объединенную каким-либо общим признаком выделенную группу людей (когорту) наблюдают в течение некоторого времени и сравнивают исходы у тех, кто был и не был подвергнут воздействию изучаемого вмешательства или другого фактора (т. е. экспонирован), либо был подвергнут ему в разной степени	№3, стр 40
19.	Какие исследования имеют самый высокий уровень достоверности?	Наибольшего доверия заслуживают результаты крупных международных многоцентровых рандомизированных двойных «слепых» плацебо контролируемых исследований.	№3, стр 41

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1-Навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Мнение экспертов без точной критической оценки	Мнение экспертов без точной критической	№3, стр 23

	относятся к уровню доказательности: 1) I 2) II 3) III 4) IV 5) V	оценки относятся к уровню доказательности: 5) V	
2.	По уровню доказательности к градации А относятся: 1) – неконтролируемые исследования, описание отдельных случаев, либо серии случаев 2) – мнение экспертов 3) – хорошо организованные исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с невысокой вероятностью систематических ошибок 4) систематический обзор РКИ	По уровню доказательности к градации А относятся: 4) систематический обзор РКИ	№3, стр 24
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	По уровню доказательности к градации Д относятся: 1) – неконтролируемые исследования, описание отдельных случаев, либо серии случаев 2) – мнение экспертов 3) – хорошо организованные исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с невысокой вероятностью систематических ошибок 4) систематический обзор РКИ	По уровню доказательности к градации Д относятся: 1) – неконтролируемые исследования, описание отдельных случаев, либо серии случаев 2) – мнение экспертов	№3, стр 23
2.	К уровню 2 доказательности относятся: 1) систематический обзор РКИ, 2) отдельное РКИ 3) систематический обзор когортных исследований, 4) отдельное качественное когортное исследование 5) исследование типа «случай контроль» 6) описание серии случаев 7) мнение экспертов без точной критической оценки	К уровню 2 доказательности относятся: 3) систематический обзор когортных исследований, 4) отдельное качественное когортное исследование	№3, стр 23
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Уровни доказательности I-	I-Д) систематический обзор РКИ, отдельное	№3, стр 23

II- III- IV- V- <hr/> А) - мнение экспертов без точной критической оценки Б) - систематический обзор или отдельное исследование типа «случай-контроль» В) - описание серии случаев Г) - систематический обзор когортных исследований, отдельное когортное исследование Д) - систематический обзор РКИ, отдельное РКИ	РКИ II-Г) систематический обзор когортных исследований, отдельное когортное исследование III- Б) систематический обзор или отдельное исследование типа «случай-контроль» IV-В) описание серии случаев V-А) мнение экспертов без точной критической оценки	
--	---	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Изложите алгоритм поиска качественной медицинской информации	-Сформулировать проблемы, т. е. перевести информационные потребности в вопросы, на которые можно найти ответ. -Выявить лучшие обоснованные (доказательные) сведения для ответа на эти вопросы. -Критически оценить найденные доказательства (т.е. взвесить их) на предмет достоверности и полезности	№3, стр 20
2.	На какие факторы необходимо обращать внимание, чтобы определить уровень доказательности рекомендации?	1) тип (структура) исследования (чаще всего оптимальной структурой является РКИ);	№3, стр 22

		<p>2) число исследований и общее количество включенных больных (часто нужен мета-анализ);</p> <p>3) однородность результатов (оптимально, когда все результаты однонаправленные);</p> <p>4) клиническая значимость эффекта и его вариации (оптимально, когда доверительный интервал узок);</p> <p>5) применимость (экстраполируемость) результатов исследования к интересующей популяции</p>	
3.	Вам необходимо провести поиск информации с самым высоким уровнем доказательности по обозначенной проблеме. Что Вы будете искать?	Систематический обзор	№3, стр 20
4.	Вам предстоит проанализировать блотограмму (графическое представление результатов мета-анализа) Что отображает результат всех анализируемых исследований и как определить доверительный интервал для обобщенного результата?	результат всех анализируемых исследований отображает ромб, доверительный интервал для обобщенного результата отображает ширина ромба	№3, стр 30
5.	Вам предстоит проанализировать блотограмму (графическое представление результатов мета-анализа) Что отображает вертикальная линия по центру блотограммы, квадраты и горизонтальные линии, которые отходят от квадратов?	Вертикальная линия по центру блотограммы – линия «отсутствия различий», квадраты – результаты, полученные в каждом исследовании, горизонтальные линии, которые отходят от квадратов – доверительный интервал в каждом исследовании	№3, стр 30

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие существуют градации доказательности рекомендаций?	А-Доказательства убедительны В-Относительная убедительность доказательств С-Достаточных доказательств Д-Достаточно отрицательных доказательств Е-Веские отрицательные доказательства нет	№3, стр.24
2.	Систематический обзор - это	· это обобщение данных по одной частной четко сформулированной проблеме с использованием систематических и точных методов поиска, отбора и критической оценки исследований, относящихся к теме обзора, а также дальнейшим анализом сведений в него включенных.	№3, стр 24
3.	Мета-анализ-это	— статистический анализ количественных результатов нескольких исследований, посвященных одному и тому же вопросу (количественный систематический обзор).	№3, стр 27
4.	Кокрановская библиотека – это	библиотека, содержащая крупнейшую базу данных систематических	№3, стр 26

		обзоров	
5.	Блобограмма - это	- это графическое представление результатов мета-анализа	№3, стр 28

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Положения нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих обращение лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой нормативный документ регламентирует правила отпуска лекарственных средств из аптеки? 1) Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н 2) Постановление Правительства РФ от 15.09.2020 № 1447 3) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 646н 4) Приказом Минздрава России от 26 октября 2015 г. №751н 5) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н	Какой нормативный документ регламентирует правила отпуска лекарственных средств из аптеки? 5) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н	№ 64
2.	Лекарственные препараты, включенные в Перечень лекарственных препаратов,	3) N 148-1/у-04(л)	№ 64

	отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, а также иные лекарственные средства, отпускаемые бесплатно или со скидкой, выписанные на рецептурных бланках формы: 1) N 107-1/у 2) N 148-1/у-88 3) N 148-1/у-04(л)		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	<p>Каким нормативным документом утверждены правила хранения лекарственных средств?</p> <p>1) Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н 2) Постановление Правительства РФ от 15.09.2020 № 1447 3) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 646н 4) Приказом Минздрава России от 26 октября 2015 г. №751н</p>	<p>Каким нормативным документом утверждены правила хранения лекарственных средств?</p> <p>1) Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н 3) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 646н</p>	№ 64
2.	<p>Какие нормативные документы определяют порядок приемочного контроля лекарственных препаратов?</p> <p>1) Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н 2) Федеральный закон от 12.04.2010 № 61 3) Постановление Правительства РФ от 15.09.2020 № 1447 4) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 646н 5) Приказом Минздрава России от 26 октября 2015 г. №751н 6) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н</p>	<p>Какие нормативные документы определяют порядок приемочного контроля лекарственных препаратов?</p> <p>2) Федеральный закон от 12.04.2010 № 61 4) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 646н 6) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н</p>	№ 61
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1) Какой нормативный документ регламентирует правила уничтожения изъятых ЛС?-	1) Какой нормативный документ регламентирует правила уничтожения	№ 61, № 63 № 64

	<p>2)Какой приказ регламентирует правила оформления лекарственных форм? –</p> <p>3)Какой нормативный документ регламентирует наличие журнала учета лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности?-</p> <p>4)Какой нормативный документ регламентирует правила отпуска лекарственных средств из аптеки?-</p> <p>-----</p> <p>----</p> <p>А) Постановление Правительства РФ от 15.09.2020 № 1447</p> <p>Б) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н</p> <p>С) Приказ Минздрава России от 26 октября 2015 г. №751н</p> <p>Д) Приказ Минздравсоцразвития России от 23 августа 2010 г. N 706н</p>	<p>изъятых ЛС?-</p> <p>Постановление Правительства РФ от 15.09.2020 № 1447</p> <p>2)Какой приказ регламентирует правила оформления лекарственных форм? -Приказ Минздрава России от 26 октября 2015 г. №751н</p> <p>3)Какой нормативный документ регламентирует наличие журнала учета лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности? -Приказ Минздравсоцразвития России от 23 августа 2010 г. N 706н</p> <p>4)Какой нормативный документ регламентирует правила отпуска лекарственных средств из аптеки?-</p> <p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н</p>	№ 65
--	---	---	------

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вы входите в состав комиссии по приемке лекарственных препаратов. Какие нормативные документы определяют порядок приемочного контроля лекарственных препаратов?	<p>Какие нормативные документы определяют порядок приемочного контроля лекарственных препаратов?</p> <p>1) Федеральный закон от 12.04.2010 № 61</p> <p>2) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 №</p>	№ 61, № 63 № 64 № 65

		646н 3) Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н	
2.	Вам предъявили рецепт с превышением предельно допустимого количества лекарственного препарата, которое может быть выписано в одном рецепте. Каковы Ваши действия?	При предъявлении рецепта с превышением предельно допустимого количества лекарственного препарата, которое может быть выписано в одном рецепте, фармацевтический работник информирует об этом лицо, представившее рецепт, руководителя соответствующей медицинской организации и отпускает указанному лицу установленное соответственно предельно допустимое количество лекарственного препарата, которое может быть выписано в одном рецепте с проставлением соответствующей отметки в рецепте.	№ 64
3.	Вы приняты в аптеку на должность провизора. В Ваши должностные обязанности входит работа за первым столом. Какой нормативный документ регламентирует правила отпуска лекарственных средств из аптеки?	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н
4.	Вам задают вопрос о хранении лекарственных препаратов. Каким нормативным документом утверждены правила хранения лекарственных средств?	Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н	Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н
5.	Вам предъявили рецепт. У Вас в аптеке есть этот препарат, но в	При наличии ЛП с	Приказ

	другой дозировке. Ваши действия?	дозировкой, отличной от дозировки ЛП, указанной в рецепте, отпуск имеющегося ЛП допускается, если дозировка ЛП меньше дозировки, указанной в рецепте. В таком случае осуществляется пересчет количества ЛП с учетом курса лечения, указанного в рецепте. если дозировка имеющегося ЛП, , превышает дозировку ЛП, указанную в рецепте, решение об отпуске лекарственного препарата принимает медицинский работник, выписавший рецепт.	Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н
--	----------------------------------	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какой закон регламентирует деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ?	N 3-ФЗ от 8 января 1998 г "О наркотических средствах и психотропных веществах"	N 67
2.	Каким нормативным документом утверждены правила хранения лекарственных средств?	1).Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н 2).Приказом Минздрава России от 31.08.2016 № 646н	№ 63 № 65
3.	Какой нормативный документ регулирует порядок назначения лекарственных препаратов и требования к оформлению рецептурных бланков	Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка	№ 64

		оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов	
4.	Какой нормативный документ регламентирует правила отпуска лекарственных средств из аптеки?	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н	№ 64
5.	Какой нормативный документ регламентирует правила отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. N 1093н Приложение N 2	№ 64
Результаты освоения ОП (компетенции)		Результаты обучения по дисциплине	
		Знать	
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		Актуальный ассортимент лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента	

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Селективным ингибитором циклооксигеназы II является: 1) ацетилсалициловая кислота 2) индометацин 3) диклофенак натрия 4) целекоксиб 5) кеторолак	Селективным ингибитором циклооксигеназы II является: 4) целекоксиб	№40, стр 536
2.	Более раннее начало антисекреторного действия характерно для: 1) омепразола 2) пантопразола 3) рабепразола 4) лансопразола	Более раннее начало антисекреторного действия данного препарата: 3) рабепразола	№3, стр 506
Выберите несколько правильных ответов			
1.	Наиболее клинически значимыми побочными эффектами при применении ИАПФ при ХСН могут быть: 1) повышение креатинина 2) сухой кашель 3) бронхоспазм 4) симптомная гипотония 5) головная боль	Наиболее клинически значимыми побочными эффектами при применении ИАПФ при ХСН могут быть: 1) повышение креатинина 2) сухой кашель 4) симптомная гипотония	№3, стр 383
2.	Назовите бронхолитики 1-ого ряда: 1.Короткодействующие β ₂ -агонисты. 2.Кромоны. 3. Антихолинергические препараты (М-холинолитики). 4. Метилксантины короткого действия 5 Муколитики	Назовите бронхолитики 1-ого ряда: 1.Короткодействующие β ₂ -агонисты.. 4.Метилксантины короткого действия.	№3, стр 477
Сопоставьте понятия			
1.	А) ИАПФ – Б) антагонист рецепторов АII - В) V1-АБ - Г) антагонист альдостерона – Д) диуретик <hr/> 1) лосартан 2) спиронолактон 3) индапамид 4) лизиноприл 5) метопролол	А) ИАПФ – лизиноприл Б) антагонист рецепторов АII - лосартан В) V1-АБ - метопролол Г) антагонист альдостерона – спиронолактон Д) диуретик-	№3, стр. 383-392

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Сформируйте ассортиментный портфель для лечения гипертонической болезни.	<p>Препараты первого ряда:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диуретики 2. β-Адреноблокаторы 3. Ингибиторы АПФ 4. Блокаторы медленных кальциевых каналов 5. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II <p>Также применяются α1-Адреноблокаторы, центральные антагонисты α2-адренорецепторов и селективные антагонисты имидазолиновых рецепторов</p>	№ 3, стр 66
2.	Сформируйте ассортиментный портфель для лечения сердечной недостаточности	<p>Основные средства</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ИАПФ 2. β-Адреноблокаторы 3. Антагонисты рецепторов к альдостерону 4. Сердечные гликозиды. 5. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II 6. Диуретики. <p>Дополнительные средства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) статины; 2) непрямые антикоагулянты <p>Вспомогательные средства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) периферические вазодилататоры = (нитраты), 2) ацетилсалициловая кислота (аспирин♣) 	№3 Стр 391
3.	Сформируйте ассортиментный портфель для лечения бронхиальной астмы	<p>Препараты для симптоматического лечения бронхиальной астмы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Короткодействующие β2-агонисты. 2. Системные глюкокортикоиды. 3. Антихолинергические препараты (М-холинолитики). 4. Метилксантины короткого действия. 5. Комбинированные короткодействующие бронходилататоры (β2-агонисты + антихолинергические препараты). <p>Препараты для базисного лечения бронхиальной астмы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ингаляционные глюкокортикоиды; 2. антилейкотриеновые препараты; 3. длительно действующие β2-агонисты (ДДБА); 4. метилксантины длительного действия; 5. кромоны; 6. системные глюкокортикоиды; 7. антитела к иммуноглобулину E. 	№3 Стр 473, 477
4.	Сформируйте	1. ЛС, повышающие секрецию инсулина (секретагоги).	№3

	ассортиментный портфель пероральных гипогликемических препаратов	Производные сульфонилмочевины, Меглитиниды. 2. ЛС, преимущественно повышающие чувствительность периферических тканей к инсулину (сенситайзеры): Бигуаниды, Тиазолидиндионы. 3. ЛС, нарушающие всасывание углеводов в кишечнике:	Стр 649-638
5.	Женщине средних лет был поставлен диагноз: сахарный диабет 2-го типа, впервые выведенный, Ожирение I степени. Какие рекомендации необходимо дать:	– изменение образа жизни; – рациональное питание; – дозированные физические нагрузки; – медикаментозное лечение: назначение метформина При неэффективности лечения показана комбинация метформина с препаратами сульфонилмочевины;	№3, Стр. 641

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Дайте фармакологическую характеристику группы ингибиторов Н+, К+-АТФазы	Дозозависимо подавляют секрецию соляной кислоты, как базальную (ночную и дневную), так и стимулированную (вне зависимости от вида стимула). антисекреторный эффект развивается в течение 1 ч и достигает максимума через 2 ч. При курсовом лечении постоянный эффект развивается через 4 дня, затем он не усиливается	№3, стр 506
2.	Лечение первой линии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.	Ингибиторы Н+, К+-АТФазы в стандартной дозе 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки или метронидазол 500 мг 2 раза в сутки.	№3Б Стр 530
3.	Назовите показания к переводу на монотерапию инсулином больных сахарным диабетом 2-го типа	– диабетический кетоацидоз и комы; – беременность и кормление грудью; – диабетическая нефропатия на стадии ХПН – декомпенсация сахарного диабета на фоне тяжелых инфекций и острых заболеваний (инфаркт миокарда, мозговой инсульт); – необходимость хирургических вмешательств	№3 Стр 639
4.	Дайте фармакологическую характеристику группы гастропротекторов	К гастропротекторам относят ЛС, повышающие резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки к воздействию	№3 стр 515

		ствию агрессивных факторов. Гастропротективное действие может быть осуществлено путем или активации естественных механизмов защиты слизистой оболочки, или образования дополнительного защитного барьера в области эрозии или язвы.	
5.	Дайте классификацию гиполипидемических средств.	– ингибиторы фермента ГМК-КоА-редуктазы (статины); – производные фиброевой кислоты (фибраты); – никотиновая кислота (ниацин♣, эндурацин♣); – -3-полиненасыщенные жирные кислоты; ω – секвестранты желчных кислот (смолы); – ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб).	№3 Стр 263

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Организовывать информационную и консультационную помощь для населения и медицинских работников по вопросам рационального применения лекарственных препаратов

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Длительность лечения статинами: 1) 7-10 дней 2) 14 дней 3) 1-3 месяца 4) назначаются на постоянной основе	Длительность лечения статинами: 4) назначаются на постоянной основе	№3, стр
2.	Селективные ингибиторы циклооксигеназы -2 вызывают: 1) больше побочных эффектов со стороны ЖКТ 2) меньше побочных эффектов со стороны ЖКТ 3) меньше побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы 4) больше побочных эффектов со стороны центральной нервной системы	Селективные ингибиторы циклооксигеназы -2 вызывают: 2) меньше побочных эффектов со стороны ЖКТ	№40, стр 536

Выберите несколько правильных ответов			
1.	Ингибиторы циклооксигеназы -2: 1) парацетамол 2) кеторолак 3) индометацин 4) целекоксиб 5) нимесулид	Ингибиторы циклооксигеназы -2: 4) целекоксиб 5) нимесулид	№40, стр 536
2.	В каких случаях оправдана замена одного антимикробного ЛС другим при отсутствии эффекта: 1) развитие серьезных нежелательных лекарственных реакций 2) применение препаратов с кумулятивной токсичностью, для которых установлены лимитированные сроки назначения 3) каждые 5-7 дней в целях профилактики развития резистентности возбудителя 4) через 3-5 дней при сохранении симптомов заболевания	В каких случаях оправдана замена одного антимикробного ЛС другим при отсутствии эффекта: 1) развитие серьезных нежелательных лекарственных реакций 2) применение препаратов с кумулятивной токсичностью, для которых установлены лимитированные сроки назначения	№25, стр 400
Установите последовательность/Сопоставьте понятия			
1.	А) глюкокортикоиды Б) антагонисты лейкотриенов В) антитела к Ig E С) кромоны 1) омализумаб (ксолар) 2) будесонид 3) зафирлукаст 4) недокрамил натрия	А) глюкокортикоиды-будесонид Б) антагонисты лейкотриенов - зафирлукаст В) антитела к Ig E-омализумаб (ксолар) С) кромоны-недокрамил натрия	№3, стр 473

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент покупает метформин и диабетон. Также просит гастропротектор висмута салицилат. Какие необходимо дать рекомендации	Не рекомендовано сочетание висмута субсалицилата с антидиабетическими препаратами.	№3, стр 510
2.	Дайте консультацию по правилам приема антацидных средств	• Через 1 ч после еды из-за прекращения буферного действия пищи в период максимальной кислотопродукции.	№3, стр 498

		<ul style="list-style-type: none"> • Через 3 ч после еды для нейтрализации кислотопродукции в межпищеварительный период. • На ночь и утром перед завтраком для защиты от ночной гиперсекреции. • В течение 30 мин после приема антацида не принимать жидкостей. • Не назначать антацид натошак вследствие быстрой эвакуации из желудка. • Таблетки следует разжевывать. 	
3.	Какие факторы могут снижать эффективность препаратов метилксантинового ряда,	<p>1 Пол. У мужчин клиренс теофиллина на 20–30% выше, чем у женщин.</p> <p>2. Курение. У курящих клиренс теофиллина в 2 раза выше, чем у некурящих, что связано с индукцией цитохрома P450. Период полувыведения укорачивается, поэтому дозы и кратность введения теофиллина у курильщиков должны быть значительно больше.</p> <p>3. Патологические состояния; – гипертиреоз — увеличение скорости элиминации теофиллина в 4 раза;.</p> <p>5. Характер пищи: – высокое содержание белков и жиров — ускорение метаболизма теофиллина;</p> <p>6. Время суток. В ночное время замедляется всасывание и ускоряется элиминация теофиллина.</p> <p>7. Прием лекарственных препаратов</p>	
4.	Дайте рекомендации для безопасного и эффективного применения В-АБ при хронической сердечной недостаточности	<p>1. Необходимо использовать только рекомендованные для лечения ХСН β-адреноблокаторы.</p> <p>2. β-Адреноблокаторы назначаются «сверху» ИАПФ (пациенты должны применять ИАПФ или АРА).</p> <p>3. Пациенты должны находиться в стабильном</p>	№3 Стр 398

		состоянии без внутривенной инотропной поддержки, без признаков выраженных застойных явлений и на подобранных дозах диуретиков. 4. Лечение следует начинать с небольших доз с последующим медленным повышением до целевых терапевтических дозировок	
5.	Дайте характеристику класса антагонистов рецепторов к АП и перспективность их применения при ХСН	Препараты этого класса предоставляют возможность альтернативной, по сравнению с ИАПФ, блокады РААС, по своей клинической эффективности при ХСН АРА эквивалентны ИАПФ. Положительно влияют на прогноз, снижают риск смерти и повторные госпитализации у декомпенсированных больных с ХСН (степень доказанности В).	№3 Стр 403

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Принципы фармакотерапии у людей пожилого возраста	<ul style="list-style-type: none"> • Следует учитывать повышенную чувствительность пожилого человека к ЛС (особенно к сердечным гликозидам, гипотензивным средствам, транквилизаторам, антидепрессантам) • Строго индивидуализировать режим дозирования ЛС. В самом начале лечения препараты назначают в дозах, уменьшенных примерно в 2 раза по сравнению с таковыми для больных среднего возраста. Постепенно повышая дозу, определяют индивидуальную переносимость ЛС. По достижении лечебного эффекта дозу уменьшают до 	№25, стр 247

		<p>поддерживающей, которая, как правило, также ниже дозы, назначаемой пациентам среднего возраста.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Способ приема ЛС должен быть как можно проще для пациента. • уделять особое внимание контролю своевременного приема назначенных ЛС, подбирать препарат с большей длительностью действия и меньшей кратностью приема. <p>Пожилой возраст считают фактором риска опасных взаимодействий ЛС, комбинировать ЛС у таких больных следует с особой осторожностью и тщательностью.</p>	
2.	<p>Дайте классификацию противовоспалительных препаратов по селективности к ЦОГ.</p>	<p>выраженная селективность в отношении ЦОГ-1 свойственна ацетилсалициловой кислоте, индометацину, кетопрофену, пироксикаму, сулиндаку®. Умеренную селективность в отношении ЦОГ-1 проявляют диклофенак, ибупрофен, напроксен, лорноксикам, умеренную селективность в отношении ЦОГ-2 - этодолак®, мелоксикам, нимесулид, набуметон®, выраженную селективность в отношении ЦОГ-2 - целекоксиб.</p>	№1, стр 286
3.	<p>Какие вы знаете нежелательные побочные реакции? (классификация) и методы предупреждения)</p>	<p>Общепринятой считают классификацию НЛР, принятую экспертами ВОЗ. Тип А (предсказуемые реакции) - результат фармакологического действия ЛС, зависят от дозы (частота и тяжесть увеличиваются при повышении дозы). Этих реакций часто можно избежать путем подбора</p>	№ 1, стр 39-40

		<p>индивидуальной дозы для каждого больного.</p> <p>Тип В (непредсказуемые реакции) - возникают у больных с предрасполагающими факторами, прежде всего наличием у больного атопических или аллергических заболеваний</p> <p>Тщательно собирать анамнез.</p> <p>Тип С («химические» реакции) - реакции, возникающие при длительном приеме ЛС. Рекомендации по длительности курса.</p> <p>Тип D - это отсроченные НЛР,</p> <p>Тип E - лекарственная устойчивость. Замена препарата</p>	
4.	В каких случаях пациент должен быть направлен на консультацию врача	<ul style="list-style-type: none"> • выявления у больных значимых нежелательных лекарственных реакций (НЛР) • применения комбинаций лекарственных средств, увеличивающих частоту НЛР; • нарушения функций почек или печени, изменяющих фармакокинетику лекарственных средств; • наличие фармакогенетических особенностей пациента; 	№ 3, стр 69
5.	Принципы применения антимикробных лекарственных средств	<ol style="list-style-type: none"> 1. Точная постановка диагноза 2. Уточнение необходимости применения антимикробных ЛС 3. Выбор оптимального ЛС с учетом активности предполагаемого или установленного возбудителя, характера антимикробного эффекта, фармакокинетических свойств, а также особенностей 	№25, стр 400

		пациента (возраст, масса тела, аллергологический и фармакологический анамнез) 4. Выбор рационального режима дозирования 5. Выбор достаточной продолжительности курса	
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Анализом текущего ресурсного обеспечения и потребностей фармацевтической организации

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	В ABC-анализе, класс Б это препараты, на которые: 1) затрачено до 5% объема финансирования 2) затрачено до 15% объема финансирования 3) затрачено до 60% объема финансирования 4) затрачено до 80% объема финансирования	В ABC-анализе, класс Б это препараты, на которые: 2) затрачено до 15% объема финансирования	№3, Стр 54
2.	В ABC-анализе, класс А это: 1). 10–20% наименований ЛС 2). 20–30% наименований ЛС 3). 60–80% наименований ЛС	В ABC-анализе, класс А это: 1). 10–20% наименований ЛС	№3, Стр 54
Выберите несколько правильных ответов			
1.	В VEN-анализе к ЛС класса N относятся: 1) ЛС, постоянно необходимые для поддержания жизни 2) ЛС, применяемые для лечения неопасных заболеваний 3) ЛС, эффективные при лечении	В VEN-анализе к ЛС класса N относятся: 2) ЛС, применяемые для лечения неопасных заболеваний 5) ЛС, применяемые для симптоматического лечения	№3, Стр 55

	серьезных, но менее опасных заболеваний 4) ЛС, прекращение приема которых вызывает опасный для жизни синдром отмены 5) ЛС, применяемые для симптоматического лечения		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	<p>В ABC анализе:</p> <p>1). препараты, на которые затрачено до 80% объема финансирования</p> <p>2). препараты, на которые затрачено до 15% объема финансирования</p> <p>3.) препараты, на которые затрачено до 5% объема финансирования</p> <p>4). препараты, составляющие 10–20% наименований ЛС</p> <p>5). препараты, составляющие 20–30% наименований ЛС</p> <p>6). препараты, составляющие 60–80% наименований ЛС</p> <hr/> <p>КЛАСС А КЛАСС В КЛАСС С</p>	<p>В ABC анализе:</p> <p>1). препараты, на которые затрачено до 80% объема финансирования- КЛАСС А</p> <p>2). препараты, на которые затрачено до 15% объема финансирования- КЛАСС В</p> <p>3.) препараты, на которые затрачено до 5% объема финансирования - КЛАСС С</p> <p>4). препараты, составляющие 10–20% наименований ЛС - КЛАСС А</p> <p>5). препараты, составляющие 20–30% наименований ЛС- КЛАСС В</p> <p>6). препараты, составляющие 60–80% наименований ЛС – КЛАСС С</p> <hr/>	№3 Стр.54

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛС, ПРОВЕДЕННЫЙ В ПРЕДДВЕРИИ СЕЗОНА ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОКАЗАЛ, ЧТО ГРУППА ПРОТИВОВИРУСНЫХ ЛП СОСТОИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИЗ СИНТЕТИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ (АРБИДОЛ, РИМАНТАДИН), ПРИ ЭТОМ РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	<p>Растительные средства:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Алпизарин • флакозид 	№ 61

	ОТСУТСТВУЮТ. СОСТАВЬТЕ АССОТРИМЕНТНЫЙ ПОРТФЕЛЬ ЭТОЙ ГРУППЫ ЛП, ДАЙТЕ КРАТКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ОСНОВНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМ.		
2.	В ПРЕДДВЕРИИ РОСТА СЕЗОННЫХ ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АПТЕКА РЕШИЛА ВВЕСТИ НОВУЮ ГРУППУ ЛП – ИНТЕРФЕРОНЫ, ОБЛАДАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ, ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ. КАКИЕ СОВРЕМЕННЫЕ ИНТЕРФЕРОНЫ СТОИТ ВВЕСТИ В АССОТРИМЕНТ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ? ДАЙТЕ КРАТКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ОСНОВНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМ	<p>Природные интерфероны (ИФН)</p> <p>1). α – человеческий лейкоцитарный ИФН (ЧЛИ), лейкинферон, эгиферон, велферон</p> <p>2). β – человеческий фибробластный ИФН (ЧФИ), ферон, ребиф</p> <p>3). γ – человеческий иммунный ИФН (ЧИИ), ИФН- γ</p> <p>2. Рекомбинантные (генноинженерные) ИФН:</p> <p>1). $\alpha 2a$ – реаферон, роферон, офтальмоферон</p> <p>2). $\alpha 2b$ – виферон, интрон-А, инрек, реальдирон, инфагель</p> <p>3). $\alpha 2c$ – берофор</p> <p>4). β – бетаферон</p> <p>5). γ – гамма-ферон</p>	№ 61
3.	В ПРЕДДВЕРИИ РОСТА СЕЗОННЫХ ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АПТЕКА РАСШИРЯЕТ АССОРТИМЕНТНУЮ ГРУППУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРЗ. ДАЙТЕ КРАТКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ, ОБОЗНАЧИВ ОСНОВНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ.	<p><i>Этиотропные</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Противовирусные •Противомикробные <p><i>Патогенетические</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Противовоспалительные •Противогистаминные •Отхаркивающие •Муколитические •Иммуномодуляторы <p>–Содержащие интерфероны</p> <p>–Индукторы интерферона</p> <p>–Бактериальной природы</p> <p><i>Симптоматические</i></p>	№ 61

		<ul style="list-style-type: none"> •Жаропонижающие лекарственные средства •Сосудосуживающие (антиконгестанты, противоотечные) •Бронхолитические •Противокашлевые 	
4.	<p>АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛС, ПРОВЕДЕННЫЙ В ПРЕДДВЕРИИ СЕЗОНА ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОКАЗАЛ НЕОБХОДИМОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ГРУППЫ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ЛП. БЫЛО РЕШЕНО ПРИОБРЕСТИ ЛП, ОДИН ИЗ КОТОРЫХ - ОРВИРЕМ</p> <p>ОБОСНУЙТЕ РЕШЕНИЕ, ДАЙТЕ КРАТКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ЛП.</p>	<p>1) Расширение ассортимента для детей.</p> <p>2)(Orvirem) – сироп для детей, полимерное соединение римантадина с альгинатом натрия. Противовирусное средство.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Фармакологическое действие</i> - <i>противовирусное, дезинтоксикационное</i> <ul style="list-style-type: none"> •Активен в отношении штаммов вируса гриппа А. Оказывает антитоксическое действие при ОРВИ и гриппе, вызванным вирусом типа В. •Способствует индукции интерферона, укрепляет клеточное звено иммунитета. Обладает дезинтоксикационным действием. •Показания: Профилактика и лечение гриппа и ОРВИ у детей в возрасте от 1 года. 	№ 61
5.	<p>АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛС, ПОКАЗАЛ НЕОБХОДИМОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ТОВАРНОЙ ГРУППЫ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ЛП -</p>	<p>Препараты, стимулирующие желчевыделение (холекинетики).</p>	№ 61

	ХОЛЕКИНЕТИКОВ. ДАЙТЕ КРАТКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ОСНОВНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМ ГРУППЫ.	<ul style="list-style-type: none"> – Магния сульфат. – Многоатомные спирты: сорбитол (сорбит), ксилит, маннитол (маннит), милит. – Холеретики с холекинетическим эффектом: – препараты растительного происхождения: препараты барбариса (берберина бисульфат); – синтетические препараты: гидроксиметилникотинамид, осалмид, фенипентол. 	
--	---	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	НАЗОВИТЕ ОСОВНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ЛП – ХОЛЕКИНЕТИКОВ, СОСТАВЛЯЮЩИХ АССОРТИМЕНТНЫЙ ПОРТФЕЛЬ АО	Препараты, стимулирующие желчевыделение (холекинетики). <ul style="list-style-type: none"> – Магния сульфат. – Многоатомные спирты: сорбитол (сорбит), ксилит, маннитол (маннит), милит. – Холеретики с холекинетическим эффектом: – препараты растительного происхождения: препараты барбариса (берберина бисульфат); – синтетические препараты: гидроксиметилникотинамид, осалмид, фенипентол. 	№3, стр. 610
2.	НАЗОВИТЕ ГРУППЫ ЛП ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРЗ, СОСТАВЛЯЮЩИХ	Этиотропные <ul style="list-style-type: none"> • Противовирусные 	

	<p>АССОРТИМЕНТНЫЙ ПОРТФЕЛЬ АО</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Противомикробные Патогенетические • Противовоспалительные • Противогистаминные • Отхаркивающие • Муколитические • Иммуномодуляторы <ul style="list-style-type: none"> – Содержащие интерфероны – Индукторы интерферона – Бактериальной природы Симптоматические • Жаропонижающие лекарственные средства • Сосудосуживающие (антиконгестанты, противоотечные) • Бронхолитические • Противокашлевые 	
3.	<p>НАЗОВИТЕ ГРУППЫ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ЛП – ХОЛЕРЕТИКОВ, СОСТАВЛЯЮЩИХ АССОРТИМЕНТНЫЙ ПОРТФЕЛЬ АО</p>	<p>1. Препараты, стимулирующие желчеобразование (холеретики).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Препараты, увеличивающие секрецию желчи и образование желчных кислот (истинные холеретики): <ul style="list-style-type: none"> – содержащие желчные кислоты: аллохол, холензим, хологон, дехолин, желчь (лиобил) и др.; – Синтетические препараты: гидроксиметилникотин амид, осалмид, цикловалон, гимекромон, фенипентол и др.; – Препараты растительного происхождения: барбариса обыкновенного, 	<p>№3, стр. 610</p>

		<p>бессмертника песчаного, кукурузных рылец, пижмы обыкновенной, шиповника, артишока и др. – Препараты, увеличивающие секрецию желчи за счет водного компонента (гидрохолеретики): натрия салицилат, минеральные воды.</p>	
4.	<p>НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПЕРОРАЛЬНЫХ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ЛС, ПОВЫШАЮЩИЕ СЕКРЕЦИЮ ИНСУЛИНА, СОСТАВЛЯЮЩИХ АССОРТИМЕНТНЫЙ ПОРТФЕЛЬ АО</p>	<p>1. ЛС, повышающие секрецию инсулина (секретагоги). • Производные сульфонилмочевины – глибенкламид; – гликлазид; – гликвидон; – глимепирид; – глипизид; – хлорпропамид. • Меглитиниды: – натеглинид; – репаглинид.</p>	№3, стр. 648-649
5	<p>НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПЕРОРАЛЬНЫХ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ЛС, ПОВЫШАЮЩИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ К ИНСУЛИНУ; НАРУШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ УГЛЕВОДОВ В КИШЕЧНИКЕ, СОСТАВЛЯЮЩИХ АССОРТИМЕНТНЫЙ ПОРТФЕЛЬ АО</p>	<p>1. ЛС, преимущественно повышающие чувствительность периферических тканей к инсулину (сенситайзеры). • Бигуаниды: – метформин. • Тиазолидиндионы – пиоглитазон; – росиглитазон. 2. ЛС, нарушающие всасывание углеводов в кишечнике: – акарбоза; – миглитол.</p>	№3, стр. 648-649

5. Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

23. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

24. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	36. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	37. Знание алгоритма решения
	38. Уровень самостоятельного мышления
	39. Аргументированность решения
	40. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

25. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

26. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность

- четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

Фонд оценочных средств по дисциплине «Этико-правовые основы деятельности врача»

17. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Результаты освоения ОП (компетенции)/вид и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (ИУК)		
	ИУК – 1 Знать	ИУК- 2 Уметь	ИУК – 3 Владеть
УК – 4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Знать теоретические законы построения взаимодействия в рамках профессиональной деятельности	Способен применять теоретические знания для построения взаимоотношений в рамках профессиональной деятельности	Способен выстраивать взаимодействие в рамках профессиональной деятельности
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает индивидуальные ресурсы и их пределы для оптимального выполнения профессиональных задач. Знает способы развития профессиональных навыков и умений.	Способен оценивать свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач.	Способен выстраивать образовательную траекторию профессионального развития на основе самооценки.
Результаты освоения ОП (компетенции)/вид и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (ИОПК)		
	ИОПК-1(Знать)	ИОПК-2 (Уметь)	ИОПК – 3 (Владеть)

<p>ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>- Порядки оказания медицинской помощи. - Стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи - Нормативные правовые документы, определяющие порядок констатации биологической смерти</p>	<p>- Назначать и проводить лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи -</p>	<p>- Назначение лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
---	--	---	--

2. Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

1. Петров А.В., Щекин Г.Ю., Лакеев А.Е., Палехин М.В. [Правоведение](#). Учебно-методическое пособие / Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. 2016. -312 с.
[eLIBRARY.RU - Щекин Геннадий Юрьевич - Список публикаций](#)
2. Мохов А. А. Основы медицинского права Российской Федерации [Текст] : учеб. пособие для магистров / А. А. Мохов. - М. : Проспект, 2015. - 374 с
3. Основы медицинского права России: Учеб. пособие /Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов; под ред. чл.-корр. РАН, проф.Ю.Д. Сергеева. — 3-е изд., обнов. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 416 с.
4. Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд.. стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, [1] с. 41.
5. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. АМ. Багмета. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. - 159 с.
6. Пристансков, В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учебное пособие / В. Д. Пристансков. СПб.: СПб юрид. ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2007. 60 с.
7. Проведение процессуальных проверок и расследование ятрогенных преступлений: сборник методических рекомендаций / . под ред. А.М. Багмета. – М.: Московская академия СК России, 2017. - 169 с.
8. Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 15 февраля 2018 года) / под общ. ред. А.М. Багмета. М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2018. – 288 с.
9. Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202

страницы.

10. В.В. Шкарин, В.В. Ивашева, О.С. Емельянова, Д.В. Трофимов, Ю.В. Севастьянова// Сотрудники медицинской организации и представители средств массовой информации. Порядок взаимодействия: учебное пособие.- Волгоград: Издательство ВОЛГГМУ, 2021, - С.36
11. Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.
12. Сергеев Ю.Д., Томас НОГУЧИ, Вугар МАМЕДОВ. Всемирная ассоциация медицинского права: история и современность //EVISTA NAȚIONALĂ DE DREPT. – 2018. - №4-6. –С.25-27
13. Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights// Council of Europe/European Court of Human Rights, June 2015.

Дополнительная литература:

1. [Доника, А. Д. Этическое образование в медицинском вузе: европейская практика / А. Д. Доника, П. Р. Ягупов // Биоэтика. — 2018. — № 2 \(22\). — С. 31—34.](#)
2. **Литвинова, М.** Сколько жертв у пандемии по причине неправильного ухода? (Как должны помогать и как помогают ковид-пациентам с инвалидностью) [Электронный ресурс] / М. Литвинова, В. Мишина, С. Куклев / URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4592389> (дата обращения: 10.03.2021).
3. **Петров, В. И.** Биоэтика и персонализированная медицина // Биоэтика. — 2014 . — № 2 (14). — С. 5—6.
4. **Седова, Н. Н.** [Этические гарантии доказательности клинических испытаний / Н. Н. Седова](#) // Биоэтика. — 2008. — № 1. — С. 16—21.
5. **Седова, Н. Н.** [Образование в области биоэтики как интернациональная проблема / Н. Н. Седова](#) // Биоэтика. — 2012. — № 2 (10). — С. 22—26.
6. **Силуянова, И. В.** Связана ли правовая норма «приоритета человека» с моральным принципом доминанты интересов пациента? / И. В. Силуянова. — Биоэтика. — 2016. — № 2 (18). — С. 14—17.
7. **Седова, Н. Н.** Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами / [Н. Н. Седова](#) // Биоэтика. — 2019. — № 1. — С. 7—11.
8. **Теунова, Д. Н.** Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики / Д. Н. Теунова // Биоэтика. — 2014. — № 2 (14). — 2014. — С. 44—46.
9. **Рапопорт Я. Л.** На рубеже двух эпох. Дело врачей 1953 года.— М.: Книга, 1988.— 271 с.
10. **Дворецкий Л.И.** ПУТЕШЕСТВИЕ В СТРАНУ ЯТРОГЕНИЯ// Архив внутренней медицины. – 2017. - № 1. – С 23-29
11. **Петрова Т.Н.** История и перспективы уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления//Вестник Московской академии Следственного комитета РФ. – 2018. – 2. – С.85-89
12. **А.И. БАСТРЫКИН.** Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения// Вестник Академии СК РФ. – 2017. - №1. – С.11-14

13. ШМАРОВ Л.А. Соотнесение результатов выполнения судебно-медицинских экспертиз с решениями судов по искам к медицинским организациям// СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА.- 2020. – 3. – С. 8-12
14. Быховская О.А. и др. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников// СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА.- 2018. – 5. – С. 18-20
15. Вопросы экспертам при назначении комиссионных судебно- медицинских экспертиз по фактам неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи// СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА. – 2020. – 6. – С. 4-8
16. Васильченко М.А. Развитие медиации в здравоохранении: необходимость и перспективы развития // Проблемы и достижения современной науки. - 2018. - № 1. - С. 92–95.
17. Сисакьян А.К. К истории юридической ответственности врачей//Правопорядок: история, теория, практика. – 2015.- 2.- С.108-111
18. Тихомиров А.В. Медицинские суды// Главный врач: хозяйство и право. – 2015. - №2.- С.33-39
19. Севастьянова Ю.В. Врача обвинили в халатности. Как защитить от уголовной ответственности// Правовые вопросы в здравоохранении//2020, №4, 58-66.

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. Журнал «Биоэтика»
2. Журнал «Медицинское право»
3. Журнал «Медицинская этика»
4. Журнал «Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения»

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	1. Знать теоретические законы построения взаимодействия в рамках профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в _____ условиях 1) стационарных; 2) домашних; 3) санаторных; 4) амбулаторных.	1) стационарных	Мохов А. А. Основы медицинского права Российской Федерации : учеб. пособие для магистров / А. А. Мохов. - М.: Проспект, 2015. - 374 с Основы медицинского права России: Учеб. пособие /Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов; под ред. чл.-корр. РАН, проф.Ю.Д. Сергеева. — 3-е изд., обнов. и доп. — М.: ООО «Издательство«Медицинское информационное агентство», 2016. — 416 с.
2.	Граждане имеют право на подписание информированного добровольного согласия с 1) 14-ти лет; 2) 15-ти лет; + 3) 18-ти лет; 4) 16-ти лет.	2) 15-ти лет;	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд., стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
3.	Законодательство РФ в сфере охраны здоровья основывается на положениях 1) Гражданского кодекса РФ; 2)Трудового кодекса РФ; 3) Стратегии развития здравоохранения РФ; 4) Конституции РФ.	4) Конституции РФ.	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр

			КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
4.	Изъятие органов и тканей у живого донора допускается при достижении 18-ти летнего возраста донора и наличия 1) Информированного добровольного согласия; 2) Разрешения органов исполнительной власти; 3) Согласия родителей донора; 4) Разрешения Роспотребнадзора.	1) Информированного добровольного согласия;	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
5.	Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство пациентом является обязательным 1) Предварительным условием оказания медицинской помощи в спорных случаях; 2) Предварительным условием оказания медицинской помощи при судебно-медицинской экспертизе; 3) Условием оказания медицинской помощи по экстренным показаниям; 4) Предварительным условием оказания медицинской помощи для всех пациентов.	4) Предварительным условием оказания медицинской помощи для всех пациентов.+	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд., стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Способен применять теоретические знания для построения взаимоотношений в рамках профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Конституция РФ является 1) Федеральным законом; 2) Конституционным федеральным законом; 3) Подзаконным нормативно-правовым актом; 4) Основным законом, имеющим высшую юридическую силу.	4) Основным законом, имеющим высшую юридическую силу.	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.

2.	Перечень высокотехнологичной медицинской помощи устанавливается 1) Конституцией РФ; 2) «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»; 3) Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; 4) «Стратегией развития здравоохранения в РФ».	2) «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;	Мохов А. А. Основы медицинского права Российской Федерации : учеб. пособие для магистров / А. А. Мохов. - М.: Проспект, 2015. - 374 с Основы медицинского права России: Учеб. пособие /Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов; под ред. чл.-корр. РАН, проф.Ю.Д. Сергеева. — 3-е изд., обнов. и доп. — М.: ООО «Издательство«Медицинское информационное агентство», 2016. — 416 с.
3.	Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну допускается при 1) Смертельном исходе пациента в стационаре; 2) Осуществлении контроля качества медицинской помощи; 3) Осуществлении медицинской помощи несовершеннолетним пациентам старше 15-ти лет; 4) Наличии у пациента онкологического заболевания.	2) Осуществлении контроля качества медицинской помощи;	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд.. стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
4.	Проблеме врачебных ошибок особое внимание уделял 1) И. П. Павлов 2)М. Я. Мудров 3) Н. И. Пирогов 4)С. П. Боткин	3) Н. И. Пирогов	Пристансков, В. Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учебное пособие / В. Д. Пристансков. СПб.: СПб юрид. ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2007. 60 с.
5.	Имеет ли пациент право не знать о своем диагнозе? 1) Да 2) Нет 3) Только родственники 4) Зависит от желания врача	1) Да	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Владеть
УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Способен выстраивать взаимодействие в рамках профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Принцип конфиденциальности в медицине важен для</p> <p>1) Защиты пациента от «неудобных вопросов»</p> <p>2). Защиты личного пространства врача</p> <p>3). Установления доверия между врачом и пациентом</p> <p>4) Установления дистанции в общении между врачом и пациентом</p>	3). Установления доверия между врачом и пациентом	<p>Мохов А. А. Основы медицинского права Российской Федерации : учеб. пособие для магистров / А. А. Мохов. - М.: Проспект, 2015. - 374 с</p> <p>Основы медицинского права России: Учеб. пособие /Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов; под ред. чл.-корр. РАН, проф.Ю.Д. Сергеева. — 3-е изд., обнов. и доп. — М.: ООО «Издательство«Медицинское информационное агентство», 2016. — 416 с.</p>
2.	<p>В каких случаях лечение можно проводить без согласия больного?</p> <p>1)Отсутствие альтернативных методов лечения</p> <p>2)Ожидается благоприятный исход лечения</p> <p>3)В местах лишения свободы</p> <p>4) Когда пациент находится без сознания</p>	4) Когда пациент находится без сознания	<p>Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд.. стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.</p>
3.	<p>В России при использовании ВРТ выбор пола будущего ребенка</p> <p>1)Недопустим</p> <p>2) Проводится по желанию пациента</p> <p>3) Недопустим за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом</p> <p>4)Проводится во исполнение государственной демографической политики</p>	3) Недопустим за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом	<p>Мохов А. А. Основы медицинского права Российской Федерации : учеб. пособие для магистров / А. А. Мохов. - М.: Проспект, 2015. - 374 с</p> <p>Основы медицинского права России: Учеб. пособие /Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов; под ред. чл.-корр. РАН, проф.Ю.Д. Сергеева. — 3-е изд., обнов. и</p>

			доп. — М.: ООО «Издательство«Медицинское информационное агентство», 2016. — 416 с.
4.	Может ли врач нарушить врачебную тайну, чтобы сообщить о наследственном заболевании родственникам пациента? 1)Да 2)Да, но с согласия пациента 3)Да, если это жизненно необходимо для них 4)Нет	4)Нет	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.
5.	Координация вопросов здравоохранения находится: 1). В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся. 2). В ведении Российской Федерации. 3). В ведении субъектов Российской Федерации.	В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся.	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает индивидуальные ресурсы и их пределы для оптимального выполнения профессиональных задач. Знает способы развития профессиональных навыков и умений.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Спор между пациентом и медицинской организацией рассматривает: А. Арбитражный суд. Б. Суд общей юрисдикции. В. Третейский суд	Б. Суд общей юрисдикции.	Мохов А. А. Основы медицинского права Российской Федерации : учеб. пособие для магистров / А. А. Мохов. - М.: Проспект, 2015. - 374 с Основы медицинского права России: Учеб. пособие /Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов;

			под ред. чл.-корр. РАН, проф.Ю.Д. Сергеева. — 3-е изд., обнов. и доп. — М.: ООО «Издательство«Медицинское информационное агентство», 2016. — 416 с.
2.	Решения судов, затрагивающие вопросы в области здравоохранения, являются источником российского права? А. Да. Б. Нет. В. Только, если такие решения приняты Верховным Судом РФ.	Б. Нет.	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд.. стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
3.	Российская Федерация является участницей "Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине" (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997) А. Да Б. Нет В. Документ подписан, но не ратифицирован.	Б. Нет	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
4.	Американский механизм компенсации за врачебные ошибки, именуемый «medical malpractice insurance», предполагает, что: А. Вред, причиненный врачебной ошибкой, возмещает государство Б. Вред, причиненный врачебной ошибкой, возмещает страховая компания В. Вред, причиненный врачебной ошибкой, возмещает медицинская организация-работодатель.	Б. Вред, причиненный врачебной ошибкой, возмещает страховая компания	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
5.	Правовая процедура восстановления нарушенных прав медицинского сотрудника вследствие неправомерного уголовного преследования именуется: А. Компенсация Б. Реабилитация В. Суброгация	Б. Реабилитация	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд.. стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Уметь
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Способен оценивать свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	По российскому законодательству иск (претензия) о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи, предъявляется: А. Медицинскому работнику Б. Медицинской организации В. Органам здравоохранения.	Б. Медицинской организации	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
2.	Какие элементы гражданского правонарушения необходимы для возложения на медицинскую организацию обязанности по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи? А. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника; Б. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; В. Вред, причиненный здоровью пациента; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника;	А. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника;	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
3.	В СМИ опубликована порочащая информация о деятельности медицинского учреждения. Вправе ли данная организация предъявить иск о защите чести, достоинства, деловой репутации? А. Да Б. Нет. В. Вправе предъявить только иск о защите деловой репутации	В. Вправе предъявить только иск о защите деловой репутации	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд., стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.

4.	Обязан ли журналист, взявший у медика интервью, согласовывать с ним текст публикации? А. Нет. Б. Да, в любом случае. В. Да, если в интервью затрагивался вопрос врачебной тайны.	А. Нет.	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
5.	Что такое право на забвение? А. Право заинтересованного лица потребовать у оператора поисковой системы прекратить выдачу ссылок, позволяющих получить доступ к информации о нем, содержащейся на таких интернет-ресурсах и являющейся неактуальной, утратившей значение для него в силу последующих событий или действий.+ Б. Право заинтересованного лица потребовать у редакции электронного СМИ удалить информацию о нем, содержащую недостоверный характер. В. Право заинтересованного лица потребовать у редакции электронного СМИ удалить информацию о нем, содержащую ложный характер.	А. Право заинтересованного лица потребовать у оператора поисковой системы прекратить выдачу ссылок, позволяющих получить доступ к информации о нем, содержащейся на таких интернет-ресурсах и являющейся неактуальной, утратившей значение для него в силу последующих событий или действий.	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. — М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. — 110 с.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Способен выстраивать образовательную траекторию профессионального развития на основе самооценки.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Медицинская помощь оказывается пациенту в рамках системы обязательного медицинского страхования, распространяется ли на данные отношения законодательство о защите прав потребителей? А. Да Б. Нет В. Только при условии, если пациенту была	А. Да	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. — М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. — 110 с.

	оказана хотя бы одна дополнительная платная медицинская услуга.		
2.	Врач разместил фото с пациентом в своем блоге в социальных сетях. Согласия пациента получено не было. Будет ли размещение фотографии квалифицироваться в качестве разглашения врачебной тайны? А. Нет. Б. Да, в любом случае. В. Да, но только в том случае, если на фото указано Ф.И.О. пациента	Б. Да, в любом случае.	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.
3.	Какая статья УК РФ наиболее часто применяется к медицинским работникам, допустившим дефекты при оказании медицинской помощи: А. Часть 2 ст. 109 УК РФ Б. Часть 1 ст. 105 УК РФ В. Часть 2 ст. 118 УК РФ	А. Часть 2 ст. 109 УК РФ	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд., стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
4.	Во время проведения пластической операции под общим наркозом анестезиолог-реаниматолог изнасиловал пациентку. Какая ответственность наступит по данному факту? А. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, клиника-работодатель возместит пациентке моральный вред Б. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён как к уголовной ответственности, так и должен будет возместить пациентке моральный вред В. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, моральный вред в данном случае возмещению не подлежит	Б. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён как к уголовной ответственности, так и должен будет возместить пациентке моральный вред	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
5.	Расследованием ятрогенных преступлений в России занимается: А. МВД РФ Б. Следственный комитет РФ. В. Прокуратура РФ.	Б. Следственный комитет РФ.	Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод, пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки

			«Юриспруденция» / под ред. АМ. Багмета. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. - 159 с.
--	--	--	--

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	<ul style="list-style-type: none"> - Порядки оказания медицинской помощи. - Стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи - Нормативные правовые документы, определяющие порядок констатации биологической смерти

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Спор между пациентом и медицинской организацией рассматривает: А. Арбитражный суд. Б. Суд общей юрисдикции. В. Третейский суд	Б. Суд общей юрисдикции.	Мохов А. А. Основы медицинского права Российской Федерации : учеб. пособие для магистров / А. А. Мохов. - М.: Проспект, 2015. - 374 с Основы медицинского права России: Учеб. пособие /Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов; под ред. чл.-корр. РАН, проф.Ю.Д. Сергеева. — 3-е изд., обнов. и доп. — М.: ООО «Издательство«Медицинское информационное агентство», 2016. — 416 с.
2.	Решения судов, затрагивающие вопросы в области здравоохранения, являются источником российского права? А. Да. Б. Нет. В. Только, если такие решения приняты Верховным Судом РФ.	Б. Нет.	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд.. стер. -

			СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
3.	<p>Российская Федерация является участницей "Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине" (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997)</p> <p>А. Да Б. Нет В. Документ подписан, но не ратифицирован.</p>	Б. Нет	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
4.	<p>Во время проведения пластической операции под общим наркозом анестезиолог-реаниматолог изнасиловал пациентку. Какая ответственность наступит по данному факту?</p> <p>А. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, клиника-работодатель возместит пациентке моральный вред Б. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён как к уголовной ответственности, так и должен будет возместить пациентке моральный вред В. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, моральный вред в данном случае возмещению не подлежит</p>	Б. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён как к уголовной ответственности, так и должен будет возместить пациентке моральный вред	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
5.	<p>Расследованием ятрогенных преступлений в России занимается:</p> <p>А. МВД РФ Б. Следственный комитет РФ. В. Прокуратура РФ.</p>	Б. Следственный комитет РФ.	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд.. стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Назначать и проводить лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Законодательство РФ в сфере охраны здоровья основывается на положениях</p> <p>1) Гражданского кодекса РФ; 2) Трудового кодекса РФ; 3) Стратегии развития здравоохранения РФ; 4) Конституции РФ.</p>	4) Конституции РФ.	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд., стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
2.	<p>Какие элементы гражданского правонарушения необходимы для возложения на медицинскую организацию обязанности по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи?</p> <p>А. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника;</p> <p>Б. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом;</p> <p>В. Вред, причиненный здоровью пациента; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника;</p>	А. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника;	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
3.	<p>В СМИ опубликована порочащая информация о деятельности медицинского учреждения. Вправе ли данная организация предъявить иск о защите чести, достоинства, деловой репутации?</p> <p>А. Да Б. Нет. В. Вправе предъявить только иск о защите деловой репутации</p>	В. Вправе предъявить только иск о защите деловой репутации	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд., стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
4.	<p>Обязан ли журналист, взявший у медика интервью, согласовывать с ним текст публикации?</p> <p>А. Нет. Б. Да, в любом случае. В. Да, если в интервью затрагивался вопрос врачебной тайны.</p>	А. Нет.	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.

5.	<p>Что такое право на забвение?</p> <p>А. Право заинтересованного лица потребовать у оператора поисковой системы прекратить выдачу ссылок, позволяющих получить доступ к информации о нем, содержащейся на таких интернет-ресурсах и являющейся неактуальной, утратившей значение для него в силу последующих событий или действий.+</p> <p>Б. Право заинтересованного лица потребовать у редакции электронного СМИ удалить информацию о нем, содержащую недостоверный характер.</p> <p>В. Право заинтересованного лица потребовать у редакции электронного СМИ удалить информацию о нем, содержащую ложный характер.</p>	<p>А. Право заинтересованного лица потребовать у оператора поисковой системы прекратить выдачу ссылок, позволяющих получить доступ к информации о нем, содержащейся на таких интернет-ресурсах и являющейся неактуальной, утратившей значение для него в силу последующих событий или действий.</p>	<p>Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.</p>
----	---	---	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Назначение лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	<p>Вопрос 26 Медицинская помощь оказывается пациенту в рамках системы обязательного медицинского страхования, распространяется ли на данные отношения законодательство о защите прав потребителей?</p> <p>А. Да Б. Нет В. Только при условии, если пациенту была оказана хотя бы одна дополнительная платная медицинская услуга.</p>	А. Да	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110 с.
2.	<p>Врач разместил фото с пациентом в своем блоге в социальных сетях. Согласия пациента получено не было. Будет ли размещение фотографии квалифицироваться в качестве разглашения врачебной тайны?</p> <p>А. Нет. Б. Да, в любом случае.</p>	Б. Да, в любом случае.	Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав»,

	В. Да, но только в том случае, если на фото указано Ф.И.О. пациента		2012. – 110 с.
3.	Какая статья УК РФ наиболее часто применяется к медицинским работникам, допустившим дефекты при оказании медицинской помощи: А. Часть 2 ст. 109 УК РФ Б. Часть 1 ст. 105 УК РФ В. Часть 2 ст. 118 УК РФ	А. Часть 2 ст. 109 УК РФ	Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Леонтьев О. В. - 4-е изд. стер. - СПб. : СпецЛит, 2016. - 111, с. 41.
4.	Во время проведения пластической операции под общим наркозом анестезиолог-реаниматолог изнасиловал пациентку. Какая ответственность наступит по данному факту? А. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, клиника-работодатель возместит пациентке моральный вред Б. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён как к уголовной ответственности, так и должен будет возместить пациентке моральный вред В. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, моральный вред в данном случае возмещению не подлежит	Б. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён как к уголовной ответственности, так и должен будет возместить пациентке моральный вред	Актуальные вопросы социально-трудовых отношений в сфере здравоохранения Российской Федерации. — Москва: Экспертный центр КТР, ОПРЗ «Действие», 2021 год. — 202 страницы.
5.	Расследованием ятрогенных преступлений в России занимается: А. МВД РФ Б. Следственный комитет РФ. В. Прокуратура РФ.	Б. Следственный комитет РФ.	Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. АМ. Багмета. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. - 159 с.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Среди этиологических факторов миокардитов в настоящее время наибольшее значение имеет: а) стафилококковая инфекция б) стрептококковая инфекция в) вирусная инфекция г) паразитарная инфекция д) протозойная инфекция	в) вирусная инфекция	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
2	Определение уровня D-димера в сыворотке крови применяется для диагностики а) феохромоцитомы б) острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) г) инфаркта миокарда	в) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
3	Отеки нижних конечностей – типичный побочный эффект антигипертензивных препаратов из группы а) бета-адреноблокаторов б) дигидропиридиновых антагонистов кальция в) недигидропиридиновых антагонистов кальция г) ингибиторов АПФ д) альфа-адреноблокаторов	б) дигидропиридиновых антагонистов кальция	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html

4	<p>При стабилизации состояния больного с бронхиальной астмой коррекция дозы препаратов базисной терапии проводится через</p> <p>а) три месяца б) один месяц в) две недели г) шесть месяцев</p>	а) три месяца	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
5	<p>Атипичные симптомы COVID-19 у пациентов пожилого и старческого возраста включают</p> <p>а) ишиас и люмбаго б) артрит и синовит в) гипотиреоз и В12-дефицитную анемию г) делирий и бред</p>	г) делирий и бред	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
6	<p>С какого уровня бронхов начинается респираторный отдел бронхиального дерева</p> <p>а) с дыхательных бронхиол б) с субсегментарных бронхов в) с альвеолярных ходов г) с альвеолярных мешочков д) с сегментарных бронхов</p>	а) с дыхательных бронхиол	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
7	<p>О развитии рака печени на фоне цирроза свидетельствует повышение в крови</p> <p>а) альфа-фетопротеина б) аспаратаминотрансферазы в) холинэстеразы г) иммуноглобулина А</p>	а) альфа-фетопротеина	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.</p> <p>Жалобы.</p> <p>Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.</p> <p>Анамнез заболевания.</p> <p>2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость. Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться. В связи с чем обратился к терапевту.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>В детстве частые респираторные инфекции (4 – 5 в год).</p> <p>В 14 лет аппендэктомия, без осложнений.</p> <p>Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази.</p> <p>1 – 2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина.</p> <p>При прохождении медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось.</p> <p>Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось.</p> <p>Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было.</p> <p>Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно. Спортом не занимается.</p> <p>Объективный статус.</p> <p>Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77 – 78 кг). Кожные покровы бледные, чисты. Слизистая зева не гиперемизована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки. Слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт ст. При перкуссии живота</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нефротический 2. Хронический 3. ХБП-С1 4. госпитализация в нефрологический стационар 5. умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой 6. контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут 7. стероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина 8. гиповолемией и тяжелыми рефрактерными отеками 9. морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии 10. инфекций, тромбозов 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

<p>определяется умеренное количество жидкости в брюшной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочепускание безболезненное. Диурез не измерял.</p> <p>Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.</p> <p>Результаты лабораторных исследований.</p> <p>ОАМ</p> <table border="0"> <tr> <td>Параметры</td> <td>Значение</td> </tr> <tr> <td>Количество</td> <td>150 мл</td> </tr> <tr> <td>Цвет</td> <td>Соломенно-желтый</td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td>Прозрачная</td> </tr> <tr> <td>Реакция</td> <td>Кислая</td> </tr> <tr> <td>Удельная плотность</td> <td>1021</td> </tr> <tr> <td>Белок</td> <td>4,0 г/л</td> </tr> <tr> <td>Уробилин</td> <td>Отсутствует</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>1 – 2 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>0 – 1 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Цилиндры</td> <td>Гиалиновые</td> </tr> <tr> <td>Эпителий</td> <td>Отсутствует</td> </tr> <tr> <td>Бактерии</td> <td>Отсутствуют</td> </tr> <tr> <td>Слизь</td> <td>Немного</td> </tr> <tr> <td>Соли</td> <td>Отсутствуют</td> </tr> </table> <p>Биохимический анализ крови</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Наименование</th> <th>Значение</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Общий белок</td> <td>40</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Альбумин</td> <td>18</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевина</td> <td>5,0</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Креатинин</td> <td>75</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий</td> <td>6,5</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Триглицериды</td> <td>2,2</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин общий</td> <td>10,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин прямой</td> <td>1,6</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>АЛТ</td> <td>17</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>АСТ</td> <td>22</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевая кислота</td> <td>195</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>4,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>рСКФ (по CRD-TPI)</td> <td>126</td> <td>Мл/мин</td> </tr> </tbody> </table> <p>Результаты инструментальных методов исследования</p> <p>Ультразвуковое исследование почек.</p> <p>Правая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 121x61 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Левая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 118x62 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Интерпретируйте результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Ведущим синдромом у данного пациента является</p>	Параметры	Значение	Количество	150 мл	Цвет	Соломенно-желтый	Прозрачность	Прозрачная	Реакция	Кислая	Удельная плотность	1021	Белок	4,0 г/л	Уробилин	Отсутствует	Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения	Эритроциты	0 – 1 в поле зрения	Цилиндры	Гиалиновые	Эпителий	Отсутствует	Бактерии	Отсутствуют	Слизь	Немного	Соли	Отсутствуют	Наименование	Значение	Единицы измерения	Общий белок	40	г/л	Альбумин	18	г/л	Мочевина	5,0	Ммоль/л	Креатинин	75	Ммоль/л	Холестерин общий	6,5	Ммоль/л	Триглицериды	2,2	Ммоль/л	Билирубин общий	10,1	Ммоль/л	Билирубин прямой	1,6	Ммоль/л	АЛТ	17	Ед/л	АСТ	22	Ед/л	Мочевая кислота	195	Ммоль/л	Глюкоза	4,1	Ммоль/л	рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин		
Параметры	Значение																																																																									
Количество	150 мл																																																																									
Цвет	Соломенно-желтый																																																																									
Прозрачность	Прозрачная																																																																									
Реакция	Кислая																																																																									
Удельная плотность	1021																																																																									
Белок	4,0 г/л																																																																									
Уробилин	Отсутствует																																																																									
Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения																																																																									
Эритроциты	0 – 1 в поле зрения																																																																									
Цилиндры	Гиалиновые																																																																									
Эпителий	Отсутствует																																																																									
Бактерии	Отсутствуют																																																																									
Слизь	Немного																																																																									
Соли	Отсутствуют																																																																									
Наименование	Значение	Единицы измерения																																																																								
Общий белок	40	г/л																																																																								
Альбумин	18	г/л																																																																								
Мочевина	5,0	Ммоль/л																																																																								
Креатинин	75	Ммоль/л																																																																								
Холестерин общий	6,5	Ммоль/л																																																																								
Триглицериды	2,2	Ммоль/л																																																																								
Билирубин общий	10,1	Ммоль/л																																																																								
Билирубин прямой	1,6	Ммоль/л																																																																								
АЛТ	17	Ед/л																																																																								
АСТ	22	Ед/л																																																																								
Мочевая кислота	195	Ммоль/л																																																																								
Глюкоза	4,1	Ммоль/л																																																																								
рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин																																																																								

	<p>2. Наиболее вероятный диагноз у пациента.</p> <p>3. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП).</p> <p>4. Оптимальной тактикой ведения данного пациента является.</p> <p>5. Диета для данного больного должна предусматривать.</p> <p>6. Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают</p> <p>7. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются.</p> <p>8. При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с</p> <p>9. Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является</p> <p>10. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием</p>		
2	<p>Больной, 74 лет, рост 171 м, вес 107 кг, обратился с жалобами в поликлинику по месту жительства по поводу жалоб на головные боли, головокружение, связанные с подъемом артериального давления до 190/115 мм рт.ст. Врачом была диагностирована: Гипертоническая болезнь, II ст. Назначен верапамил в дозе 240 мг/сутки, бисопролол 5 мг/сутки, лизиноприл в дозе 10 мг утром. Спустя год появилась сухость во рту, иногда жажда, сонливость, был выявлен сахарный диабет 2 типа. К лечению добавлен диабетон 2 табл. и тромбоАСС 100 мг/сутки, индапамид 2,5 мг. Через 2 года при осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, в легких побочных дыхательных шумов нет. ЧСС 60 в 1 мин., АД 180/110 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги, отеков нижних конечностей нет. На ЭКГ: Синусовая брадикардия с ЧСС 59 в 1 мин. Электрическая ось сердца отклонена влево. Групповая НЖЭ. ГЛЖ. В биохимических анализах крови: глюкоза 7,4 ммоль/л, мочевины 8,18 ммоль/л, креатинин 120,8 мкмоль/л, ОХС 6,5 ммоль/л, триглицериды 3,2 ммоль/л, ХС- ЛВП 0,89 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предполагаемый диагноз. 2. Укажите причины, которые могли затруднить терапию больного. 3. Какое обследование необходимо провести больному? 4. Какой класс препаратов должен быть обязательно назначен больному? 5. Проведите коррекцию терапии. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, в стадии субкомпенсации. Гиперлипидемия II типа. Ожирение II ст. 2. Затруднить терапию может: низкая приверженность к лечению, гиперлипидемия и отсутствие терапии статинами, сопутствующий сахарный диабет. 3. УЗИ сонных артерий. 4. Статины или фенофибраты (трайкор), учитывая высокий уровень триглицеридов и сниженный уровень липопротеидов высокой плотности. 5. Диета, снижение веса. Из медикаментозной терапии целесообразно индапамид 2,5 мг заменить на арифон-ретард 1,5 мг для уменьшения побочных эффектов, бисопролол заменить на карведилол, отменить тромбоАСС, диабетон заменить метформином 1000 мг/сут, верапамил заменить амлодипином 5-10 мг/сут. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

№	Содержание задания	Источник
1	Атеросклероз: клиническая картина атеросклероза различных локализаций, факторы риска, виды дислипидемий, диагностика. Современная терапия нарушений липидного обмена.	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Нарушения липидного обмена» (2023) https://scardio.ru/content/Guidelines/KR_NLO_2023.pdf Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов со стенозом сонных артерий (2022) https://scardio.ru/content/Guidelines/2022_KR_Steno.pdf
2	Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия.	"Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 17 (09.12.2022). 29. Диагностика и интенсивная терапия больных COVID-19 : руководство для врачей / под ред. С. С. Петрикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - (COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов). - ISBN 978-5-9704-6943-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469439.html . - Режим доступа : по подписке 30. Трудный пациент с COVID-19. Междисциплинарный подход : учебное пособие / под ред. М. А. Лысенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-7788-5, DOI: 10.33029/9704-7788-5-TPC-2023-1-208. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт].

		URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477885.html . - Режим доступа: по подписке.
3	ХОБЛ: этиология, патогенез, современная диагностика, дифференциальная диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций (GOLD-2019 и МЗ РФ, 2018), реабилитация. Вопросы МСЭ.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая обструктивная болезнь легких» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/603_2
4	Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство желчного пузыря: патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
5	Хроническая болезнь почек: определение, факторы риска, диагностика, классификация, подходы к терапии, первичная и вторичная профилактика (Клинические рекомендации МЗ РФ, 2021)	Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая болезнь почек» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/469_2

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в Российской Федерации, является: а) Гражданский кодекс РФ б) Кодекс законов о труде в) Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д) Закон РСФСР от 29.07.71 г. «О здравоохранении»	г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»	Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/

			1728-8800-2022-3235
2	<p>Врачебная тактика при впервые возникшей стенокардии:</p> <p>а) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому</p> <p>б) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня</p> <p>в) плановая госпитализация (с предварительным лечением в амбулаторных условиях)</p> <p>г) экстренная госпитализация</p> <p>д) лечение в условиях дневного стационара поликлиники</p>	г) экстренная госпитализация	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
3	<p>Для демографической ситуации в РФ характерно увеличение удельного веса лиц</p> <p>а) мужского пола</p> <p>б) детского возраста</p> <p>в) пожилого возраста</p> <p>г) состоящих в браке</p>	в) пожилого возраста	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>
4	<p>Легочный компонент, поражение внутригрудных лимфатических узлов и связующая их зона туберкулезного лимфангита характерны для</p> <p>а) диссеминированного туберкулеза</p> <p>б) первичного туберкулезного комплекса</p> <p>в) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов</p> <p>г) очагового туберкулеза</p>	б) первичного туберкулезного комплекса	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
5	<p>Лекарственная тромбоцитопатия может быть связана с приемом</p> <p>а) гипотензивных лекарственных средств</p> <p>б) нестероидных противовоспалительных препаратов</p> <p>в) антибиотиков широкого спектра действия</p> <p>г) противовирусных препаратов</p>	б) нестероидных противовоспалительных препаратов	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст :</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
6	Причинами развития В12-дефицитной анемии являются: а) строгое вегетарианство б) аутоиммунные нарушения, характеризующиеся в) атрофией париетальных клеток г) чрезмерный бактериальный рост в кишечнике д) хроническая кровопотеря е) верно а, б, в	е) верно а, б, в	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html Резолюция Совета экспертов «Недостаточность/дефицит витамина В12 в клинической практике» (2023) DOI: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.1.116-121
7	При лечении цитостатиками необходимо постоянное наблюдение за уровнем а) натрия сыворотки б) свертываемости крови в) калия сыворотки г) лейкоцитов крови	г) лейкоцитов крови	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	На участке поселка М. полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения: против дифтерии - 30% лиц в каждой возрастной группе; против гепатита В - не менее 60% лиц в возрасте до 35 лет; против краснухи - не менее 90% женщин в	1. Полнота охвата прививками против дифтерии недостаточная (надо 90%). 2. Полнота охвата прививками против гепатита В	Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А.

	<p>возрасте до 25 лет; выполнение плана профилактических прививок против гриппа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените полноту охвата прививками против дифтерии. 2. Оцените полноту охвата прививками против гепатита В. 3. Оцените полноту охвата прививками против краснухи. 4. Оцените полноту охвата прививками против гриппа. 	<p>недостаточная (надо 90%).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Полнота охвата прививками против краснухи достаточная. 4. Полнота охвата прививками против гриппа согласно плана. 	<p>И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5087-1. - Текст : электронный // "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450871.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
2	<p>В амбулаторию обратилась женщина 48 лет с жалобами на головную боль, сердцебиение, боли в сердце, чувство тревоги. АД 150/90 мм рт. ст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Что должен сделать врач терапевт? 3. Какую функцию должен проверить врач терапевт? 4. Какая консультация необходима больной? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертоническая болезнь. 2. Записать ЭКГ. При отсутствии данных за инфаркт миокарда лечить артериальную гипертензию. 3. Необходимо уточнить наличие нарушений менструальной функции. 4. В случае нарушений менструальной функции показана консультация гинеколога. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Функции КЭК ЛПУ	<p>Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5087-1. - Текст : электронный // "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450871.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
2	Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования.	<p>Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

		<p>2019. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5087-1. - Текст : электронный // "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450871.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
3	<p>Методы и средства медицинской реабилитации, применяемые при сахарном диабете и его осложнениях.</p>	<p>Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460542.html</p> <p>Эндокринология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - (Стандарты медицинской помощи). - ISBN 978-5-9704-6065-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460658.html</p> <p>Дедов, И. И. Российские клинические рекомендации. Эндокринология / Дедова И. И. , Мельниченко Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-4603-4. - Текст : электронный // ЭБС</p>

		"Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446034.html
4	Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	«Стабильная ишемическая болезнь сердца» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf
5	Острый и хронический пиелонефрит. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у беременных, пожилых, при коморбидной патологии. Лечение.	«Острый пиелонефрит» Российское общество урологов, 2019, согласованы с Научно-практическим советом Минздрава РФ https://www.ooorou.ru/public/uploads/ROU/7. «Цистит бактериальный у взрослых» Российское общество урологов, 2019 https://www.ooorou.ru/public/uploads/ROU/ «Хронический пиелонефрит у взрослых» Российское общество урологов, 2016. http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/55

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Мужчина 52 лет госпитализирован по экстренным показаниям с жалобами на рвоту, повторный жидкий стул в течение суток. Ранее подобных явлений не было. АД 100/700 мм рт. ст., ЧСС 96 в 1 мин. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. Оптимальным методом исследования является: а) ректороманоскопия б) ирригоскопия в) ЭГДС г) рентгеноскопия желудка д) лапароскопия	а) ректороманоскопия	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-

			библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
	У больной 60 лет после перенесенной вирусной респираторной инфекции развился нефротический синдром. При подробном (эндоскопическом, УЗИ, рентгенологическом) обследовании онкологического заболевания не выявлено. На протяжении длительного времени страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает манинил. Генез нефротического синдрома выявит: а) биопсия слизистой оболочки десны б) бак. посев мочи в) радиоизотопная ренография г) стерильная пункция д) биопсия почки	д) биопсия почки	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
	При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более месяцев с даты начала временной нетрудоспособности а) 4 б) 6 в) 7 г) 5	а) 4	Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности» 3. Приказ Минздрава РФ от 29.03.2019 N 173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
	К «тяжелым» относятся пациенты, которые имеют: а) депрессивные черты с суицидальной наклонностью б) астено-невротичные черты в) эпилептоидные черты г) гипертимные черты д) демонстративные черты	в) эпилептоидные черты	
	Поведение при аггравации характеризуется: а) преувеличением симптомов болезни б) уменьшением симптомов болезни в) не осознанием симптомов болезни г) сознательным изображением симптомов несуществующего заболевания д) скрыванием симптомов болезни	г) сознательным изображением симптомов несуществующего заболевания	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
	Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием: а) ригидности б) агрессивности в) способности к эмпатии г) тревожности	а) ригидности	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. -

	д) впечатлительности		Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
	Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности, в условиях лечебного взаимодействия, называется: а) коммуникативной возможностью б) коммуникативной толерантностью в) коммуникативной компетентностью г) интерактивной толерантностью д) интерактивной компетентностью	г) интерактивной толерантностью	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	В амбулаторию обратилась женщина 48 лет с жалобами на головную боль, сердцебиение, боли в сердце, чувство тревоги. АД 150/90 мм рт. ст. Вопросы: 1. Предположительный диагноз? 2. Что должен сделать врач терапевт? 3. Какую функцию должен проверить врач терапевт? 4. Какая консультация необходима больной?	1. Гипертоническая болезнь. 2. Записать ЭКГ. При отсутствии данных за инфаркт миокарда лечить артериальную гипертензию. 3. Необходимо уточнить наличие нарушений менструальной функции. 4. В случае нарушений менструальной функции показана консультация гинеколога.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
2	На участке населенного пункта К. стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера в частности туберкулеза отмечалось: число вновь выявленных больных - нет; полнота охвата флюорографическим обследованием лиц – более 90% от числа подлежащих обследованию; полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц – более 90% от числа подлежащих обследованию;	1. Работу врача можно оценить, как хорошую. 2. Данный случай смерти от туберкулеза не может испортить показатели работы врача.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html

	<p>отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза; имелся один запущенный случай заболевания туберкулезом у больного за день до смерти прибывшего в данный район, социально не благополучного.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Как оценить работу врача по туберкулезу на участке?</p> <p>2. Может ли случай смерти от запущенной формы туберкулеза у мужчины, прибывшего за день до смерти, испортить показатели работы врача?</p>		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: понятие, факторы риска, патогенез, современные подходы к лечению и профилактике</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
2	<p>Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
3	<p>Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных, перенесших пневмонию. Реабилитация.</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

		<p>ry.ru/book/ISBN9785970463475.html</p> <p>Диагностика и интенсивная терапия больных COVID-19 : руководство для врачей / под ред. С. С. Петрикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - (COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов). - ISBN 978-5-9704-6943-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469439.html . - Режим доступа : по подписке</p> <p>Трудный пациент с COVID-19. Междисциплинарный подход : учебное пособие / под ред. М. А. Лысенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-7788-5, DOI: 10.33029/9704-7788-5-TPC-2023-1-208. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477885.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
4	Лечение фибрилляции предсердий: антиаритмическая терапия и профилактика тромбоэмболических осложнений. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.	<p>Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/bo</p>

		<p>ok/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p> <p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Фибрилляция и трепетание предсердий» (2020) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_FP_TP-unlocked.pdf</p>
5	<p>Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>	<p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf</p> <p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020). https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_bST-unlocked.pdf</p> <p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Синдром эмоционального выгорания является следствием: а) неуверенности в себе и повышенной ответственности б) избыточной впечатлительности в) профессиональной некомпетентности г) критики со стороны старших д) ограниченной ответственности	а) неуверенности в себе и повышенной ответственности	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
2	На протяжении фазы ориентации врач: а) наблюдает невербальное поведение больного б) решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному в) формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска) г) ставит диагноз д) сообщает диагноз	а) наблюдает невербальное поведение больного	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
3	Воздействие через СМИ на факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск хронических неинфекционных заболеваний среди всего населения - это: а) стратегия высокого риска б) стратегия вторичной профилактики в) популяционная стратегия	в) популяционная стратегия	Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235
4	Сочетание таких качеств, как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, ориентация на технократический подход к лечению входит в структуру	б) сопереживающего	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд.,

	<p>одного из следующих психологических типов врача:</p> <p>а) эмоционально-нейтрального</p> <p>б) сопереживающего</p> <p>в) апатичного</p> <p>г) директивного</p>		<p>перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
5	<p>Характерными изменениями на ЭКГ при фибрилляции предсердий являются:</p> <p>а) частота желудочковых комплексов более 120 в мин</p> <p>б) отсутствие зубцов Р</p> <p>в) наличие преждевременных комплексов QRS</p> <p>г) укорочение интервалов PQ</p> <p>д) наличие дельта-волны</p>	б) отсутствие зубцов Р	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
6	<p>Врачебная тактика при впервые возникшей стенокардии:</p> <p>а) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому</p> <p>б) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня</p> <p>в) плановая госпитализация (с предварительным лечением в амбулаторных условиях)</p> <p>г) экстренная госпитализация</p> <p>д) лечение в условиях дневного стационара поликлиники</p>	г) экстренная госпитализация	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
7	<p>Среднему уровню суммарного сердечно-сосудистого риска фатальных осложнений в ближайшие 10 лет соответствует значение шкалы SCORE (%)</p> <p>а) 5-10</p> <p>б) 1-5</p> <p>в) более 10</p> <p>г) менее 1</p>	б) 1-5	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	На участке населенного пункта С.	1. Работу по сердечно-	Поликлиническая

	<p>произошла стабилизация показателя смертности населения на дому: при сердечно-сосудистых заболеваниях, при туберкулезе; но увеличилась смертность при сахарном диабете.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Как оценить работу врача терапевта по сердечно-сосудистым заболеваниям и туберкулезу?</p> <p>2. Как оценить работу врача терапевта по сахарному диабету?</p>	<p>сосудистым заболеваниями и туберкулезу оценить, как удовлетворительную.</p> <p>2. Работу по сахарному диабету оценить как неудовлетворительную</p>	<p>терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
2	<p>На участке населенного пункта К. стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера в частности туберкулеза отмечалось: число вновь выявленных больных - нет; полнота охвата флюорографическим обследованием лиц – более 90% от числа подлежащих обследованию; полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц – более 90% от числа подлежащих обследованию; отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза; имелся один запущенный случай заболевания туберкулезом у больного за день до смерти прибывшего в данный район, социально не благополучного.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Как оценить работу врача по туберкулезу на участке?</p> <p>2. Может ли случай смерти от запущенной формы туберкулеза у мужчины, прибывшего за день до смерти, испортить показатели работы врача?</p>	<p>1. Работу врача можно оценить, как хорошую.</p> <p>2. Данный случай смерти от туберкулеза не может испортить показатели работы врача</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
	<p>Применение требований медицинской деонтологии и психогигиены, методов психопрофилактики и психотерапии во взаимоотношениях терапевта с членами семьи.</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

	Аккредитация специалиста как необходимое условие допуска к профессиональной деятельности	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
	Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
	Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
	Антибиотик-ассоциированная диарея: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Современная терапия.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в Российской Федерации, является:</p> <p>а) Гражданский кодекс РФ б) Кодекс законов о труде в) Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д) Закон РСФСР от 29.07.71 г. «О здравоохранении»</p>	г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
2	<p>Симптомом, объединяющим такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок является:</p> <p>а) диастолический шум на верхушке б) систолодиастолический шум в) шум Флинта г) систолический шум на верхушке д) шум Грехема-Стилла</p>	г) систолический шум на верхушке	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
3	<p>К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертензии относят</p> <p>а) скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны более 10 м/сек и лодыжечно-плечевой индекс менее 0,9 б) ХБП с рСКФ менее 30 мл/мин/1,73 м² или протеинурию более 300 мг в сутки в) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе г) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300 мг/г, 3,4-34 мг/ммоль)</p>	б) ХБП с рСКФ менее 30 мл/мин/1,73 м ² или протеинурию более 300 мг в сутки	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
4	<p>Наиболее значимым фактором риска ИБС является:</p>	б) артериальная гипертензия	«Стабильная ишемическая болезнь»

	а) употребление алкоголя б) артериальная гипертензия в) курение г) гиподинамия д) умеренное ожирение		сердца» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf
5	Наиболее эффективный препарат для купирования суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии: а) новокаинамид б) верапамил в) аденозинтрифосфат г) β-адреноблокаторы д) лидокаин	в) аденозинтрифосфат	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Наджелудочковые тахикардии» (2020) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_NT-unlocked.pdf
6	Наиболее информативным методом выявления признаков сердечной недостаточности является а) электрокардиография б) эхокардиография в) фонокардиография г) радиоизотопная кардиография	б) эхокардиография	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность» (2020) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN-unlocked.pdf
7	Частым осложнением течения стеноза левого А-V отверстия с фибрилляцией предсердий является а) синкопальное состояние б) тромбоэмболия в) желудочковая аритмия г) коронарная недостаточность	б) тромбоэмболия	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Фибрилляция и трепетание предсердий» (2020) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_FP_TP-unlocked.pdf

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Мужчина 57 лет, инженер. Наблюдается в поликлинике 5 лет с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, II ФК, ХСН I ст. (I ФК по NYHA). Принимает: аспирин, статины, бета-блокаторы, - постоянно, нитроглицерин - 2-3 раза в неделю при болях в сердце. В последние 3 недели, после стресса, отмечает инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке. Объективно: частота дыханий- 24 в 1 мин. В легких единичные влажные хрипы над нижними долями. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-62 в 1 мин. АД 130/ 82 мм.рт.ст. Печень - у края реберной дуги, на ногах отеков нет. Вопросы: 1. В связи с чем ухудшилось самочувствие больного?	1. В связи с прогрессированием сердечной недостаточности. 2. ЭКГ, Холтеровское мониторирование, ЭхоКГ, 6-минутная проба. 3. ХСН ФК 0 ст. – расстояние > 551 м, ХСН ФК IV ст. – расстояние < 150 м. 4. Ингибиторы АПФ. Доза зависит от АД пациента.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность» (2020) https://scardio.ru/content

	<p>2. Какое обследование необходимо провести?</p> <p>3. Каковы критерии 6-минутной пробы для ХСН ФК 0 ст. и ХСН ФК IV ст. ?</p> <p>4. Препараты какой группы должен был принимать больной в связи с наличием ХСН? От чего зависит стартовая доза этих препаратов?</p>		/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN-unlocked.pdf
2	<p>Больная 36 лет обратилась с жалобами на приступообразный малопродуктивный кашель. Приступы кашля чаще всего возникают по ночам, рано утром, а также днем при выходе на холод и в сырую погоду. Больна в течение полугода месяцев, когда после перенесенной пневмонии, неадекватно леченной антибиотиками, сохранился малопродуктивный кашель. Принимала средства от кашля и отхаркивающие препараты без существенного эффекта. Не курит, с детства страдает атопическим дерматитом.</p> <p>При осмотре: в легких дыхание жесткое, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом исследовании - легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. В анализе крови - эозинофилия (8%), в индуцированной мокроте выявлены скопления эозинофилов, бактериальная флора в умеренном количестве (представлены грамположительными кокками).</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Наиболее вероятный диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?</p> <p>3. Составьте план лечебно-оздоровительных мероприятий.</p>	<p>1. Наиболее вероятно наличие у пациентки бронхиальной астмы. Об этом свидетельствуют приступы бронхиальной обструкции (приступообразный кашель и сухие хрипы в легких) и гиперреактивность бронхов (провоцирующий эффект холодного и влажного воздуха), а также эозинофилия мокроты, указывающая на наличие эозинофильного воспалительного процесса в бронхах. Определяющее значение имеет наличие атопического дерматита.</p> <p>2. Мониторинг ПСВ, тест с бронхолитиком.</p> <p>3. Базисная противовоспалительная терапия + бронхолитики. Консультация аллерголога, консультация терапевта 2 раза в год, консультация пульмонолога 1 раз в год, ЭКГ 1 раз в год, рентгенография легких 1 раз в год, общий анализ крови, мокроты, мочи 2 раза в год.</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
3	<p>Больной В. 70 лет обратился к участковому – терапевту по месту жительства.</p> <p>Жалобы на</p> <ul style="list-style-type: none"> - горечь во рту, - отрыжку воздухом, - слабость, - головокружение. <p>Анамнез заболевания</p> <p>Со слов больного, жалобы на горечь во рту, отрыжку воздухом беспокоят</p>	<p>1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит. Дуоденит.</p> <p>2. Железодефицитная анемия, среднетяжелого течения.</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

<p>в течение последних 2-3 лет. Жалобы на головокружение, слабость, усиливающиеся после ходьбы, присоединились в последний год. По данным предыдущих обследований в клиническом анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 73 г/л.</p> <p>Анамнез жизни Больной родился в 1948 г. в Москве. В настоящее время пенсионер. Всю жизнь работал учителем математики в школе.</p> <p>Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Инфекционные болезни ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает. Наследственный анамнез: отец умер в 73 года, мать – в 78. Причины смерти назвать не может.</p> <p>Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Рост – 175 см, масса тела – 69 кг, ИМТ = 22,5 кг/м², температура тела – 36,50С. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – дыхание везикулярное с жестким оттенком, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, легкий систолический шум на верхушке, ЧСС – 78 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. При осмотре обращает внимание. Высокое стояние купола диафрагмы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Эритроциты (RBC), *10¹²/л</td> <td>3,98</td> <td>М 4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5</td> </tr> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>72</td> <td>М 130 – 160 Ж 120 – 140</td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель (ЦП)</td> <td>0,47</td> <td>0,8 – 1,0</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), *10⁹/л</td> <td>253</td> <td>180 – 320</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), *10⁹/л</td> <td>6,78</td> <td>4 – 9</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Лейкоцитарная формула</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные, %</td> <td>3,1</td> <td>1 – 6</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные, %</td> <td>65,2</td> <td>47 – 72</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, %</td> <td>4</td> <td>1 – 5</td> </tr> <tr> <td>Базофилы, %</td> <td>0</td> <td>0 – 1</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, %</td> <td>21,1</td> <td>19 – 37</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Нормы	Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	3,98	М 4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5	Гемоглобин (Hb), г/л	72	М 130 – 160 Ж 120 – 140	Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0	Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	253	180 – 320	Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	6,78	4 – 9	Лейкоцитарная формула			Нейтрофилы палочкоядерные, %	3,1	1 – 6	Нейтрофилы сегментоядерные, %	65,2	47 – 72	Эозинофилы, %	4	1 – 5	Базофилы, %	0	0 – 1	Лимфоциты, %	21,1	19 – 37	<p>3. избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна</p> <p>4. ингибиторов протонной помпы</p> <p>5. 200; 1</p> <p>6. 1-3</p> <p>7. 7-10</p> <p>8. за 30 мин до еды</p> <p>9. фортификация</p> <p>10. IIIб</p>	<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
Показатель	Результат	Нормы																																				
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	3,98	М 4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5																																				
Гемоглобин (Hb), г/л	72	М 130 – 160 Ж 120 – 140																																				
Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0																																				
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	253	180 – 320																																				
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	6,78	4 – 9																																				
Лейкоцитарная формула																																						
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3,1	1 – 6																																				
Нейтрофилы сегментоядерные, %	65,2	47 – 72																																				
Эозинофилы, %	4	1 – 5																																				
Базофилы, %	0	0 – 1																																				
Лимфоциты, %	21,1	19 – 37																																				

Моноциты, %	6,6	2 – 10		
СОЭ, мм/ч	7	М 2 – 10	Ж 2 – 15	
Биохимический анализ крови				
Показатель	Результат	Нормы		
Общий белок, г/л	71,8	65 – 85		
Креатинин, мг/дл	1,1	0,7 – 1,3		
Азот мочевины, мг/дл	5,4	3,2 – 8,2		
Общий билирубин, мг/дл	19,7	5 – 21		
Холестерин общий,	4,64	3,55 – 6,47		
Щелочная фосфатаза, Ед/л	122	53 – 128		
Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л	41	7 – 42		
АсАТ, Ед/л	18	0 – 34		
АлАТ, Ед/л	17	5 – 49		
Глюкоза, ммоль/л	5,6	4,0 – 6,1		
Сывороточные показатели железа				
Показатель	Результат	Нормы		
Fe, мкмоль/л	7,2	12,5 – 32,2		
Ферритин, мкг/л	15,4	60 – 150		
ОЖСС, мкмоль/л	77,9	<69		
РЕЗУЛЬТАТЫ				
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ				
МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ				
ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ				
Пищевод	свободно	проходим.		
Слизистая		пищевода		
	гиперемирована.	Грыжа		
		пищеводного отверстия диафрагмы.		
Слизистая оболочка желудка	бледно-розовая	с наличием		
		заэпитализированных эрозий.		
Быстрый уреазный через 15 мин –	отрицательный. Взята биопсия из залуковичного отдела 12 ПК. По результатам морфологического исследования отмечены хронический слабовыраженный неактивный бульбит и дуоденит.			
УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ				
Печень обычно расположена, не увеличена (правая доля 138 мм, левая доля 56 мм, хвостатая доля 20 мм), контуры ровные, четкие, паренхима средней эхогенности, однородной структуры, сосудистый рисунок сохранен, внутripеченочные желчные проток не расширены. Воротная вена до 8 мм, диаметр НПВ до 12 мм.				
Желчный пузырь в поперечнике 37 мм, просвет гомогенный, стенки не утолщены, гепатико-холедох не расширен. Поджелудочная железа нормальных размеров, паренхима средней эхогенности, однородно структуры, селезеночная вена не				

расширена, 5 мм.
Селезенка не увеличена, 98x38 мм, контуры ровные, четкие, паренхима однородной эхогенности, однородной структуры. Почки обычно расположены, нормальных размеров, контуры ровные, подвижность не изменена, толщина паренхимы до 15 мм, кортико-медулярная дифференцировка сохранена, кровоток до корковых отделов, ЧЛС не расширена, область надпочечников не изменена.

Данных за наличие жидкости в брюшной полости не получено.

РРЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Легочные поля без инфильтративных изменений, корни легких не расширены, синусы свободны, тень сердца не расширена, аорта развернута и уплотнена.

КОЛОНОСКОПИЯ

Аноскопия – в прямой кишке при пальцевом исследовании стенки эластичные, не нависают. Тонус сфинктера не изменен, определяются геморроидальные узлы, не увеличены. Фиброскоп введен в купол слепой кишки. Контур его ровные. Баугиневая заслонка губовидная, перистальтирует. Просвет толстой кишки свободно проходим на всем протяжении. Складки высокие, слизистая равномерно окрашена, блестящая, эластичная. Гаустрация выражена во всех отделах. Сосудистый рисунок не деформирован. Ректосигмоидный отдел свободно проходим.

Вопросы:

1. Какой основной диагноз?
2. Какой сопутствующий диагноз?
3. Рекомендации по изменению образа жизни для пациента включают
4. В качестве лечения основного заболевания в данной ситуации является прием
5. Суточная доза железа в данной ситуации составляет _____ мг _____ раз/раза в сутки
6. Пероральные препараты железа назначаются сроком на _____ (мес.)
7. Критерии эффективности лечения железо-дефицитной анемии пероральными препаратами железа является ретикулоцитарная реакция на _____ день от начала лечения
8. _____ Пациенту омега-3 жирные кислоты рекомендовано принимать
9. Мерой общественной профилактики железодефицитной анемии, которая предусматривает

	обогащение железом наиболее употребляемых населением продуктов, является 10. Пациент относится к ____ группе состояния здоровья		
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Нарушения липидного обмена» (2023) https://scardio.ru/content/Guidelines/KR_NLO_2023.pdf Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов со стенозом сонных артерий (2022) https://scardio.ru/content/Guidelines/2022_KR_Stenoz.pdf
2	Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения.	«Стабильная ишемическая болезнь сердца» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf
3	Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Критерии диагноза пневмонии.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Внебольничная пневмония у взрослых» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/654_1 Диагностика и интенсивная терапия больных COVID-19 : руководство для врачей / под ред. С. С. Петрикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - (COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов). - ISBN 978-5-9704-6943-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469439.html . - Режим доступа : по подписке</p> <p>Трудный пациент с COVID-19. Междисциплинарный подход : учебное пособие / под ред. М. А. Лысенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-7788-5, DOI: 10.33029/9704-7788-5-TPC-2023-1-208. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477885.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
4	<p>Функциональная (неязвенная) диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных.</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html □ Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html □ Поликлиническая терапия / И. И. Чукаева, Б. Я. Барт. -</p>

		Москва : КНОРУС, 2019. - 695, [1] с. : ил. - (Специалитет). - ISBN 978-5-406-07200-4. – Текст : непосредственный
5	Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html □ Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html Поликлиническая терапия / И. И. Чукаева, Б. Я. Барт. - Москва : КНОРУС, 2019. - 695, [1] с. : ил. - (Специалитет). - ISBN 978-5-406-07200-4. – Текст : непосредственный

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в Российской Федерации, является:	г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. -

	<p>а) Гражданский кодекс РФ б) Кодекс законов о труде в) Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д) Закон РСФСР от 29.07.71 г. «О здравоохранении»</p>		<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
2	<p>Гериатрия - это: а) наука о старении организма б) наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте в) наука, изучающая болезни пожилого возраста г) наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте д) наука, изучающая старческий возрастной период</p>	<p>г) наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте</p>	<p>Хорошнина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошнина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5688-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456880.html</p>
3	<p>На продолжительность жизни влияют: а) стиль жизни б) качество жизни в) образ жизни г) чувство юмора д) профессия</p>	<p>а) стиль жизни</p>	<p>Хорошнина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошнина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5688-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456880.html</p>
4	<p>Для демографической ситуации в РФ характерно увеличение удельного веса лиц а) мужского пола б) детского возраста в) пожилого возраста г) состоящих в браке</p>	<p>в) пожилого возраста</p>	
5	<p>У пожилых людей, больных сахарным диабетом, и пациентов с другими состояниями, которые могут сопровождаться ортостатической гипотонией, целесообразно измерить артериальное давление _____ в положении а) два раза с интервалом в 10-20 минут; сидя б) через 10 и 15 минут после пребывания; стоя в) два раза с интервалом в 1-2 минуты; лежа г) через 1 и 3 минуты после пребывания; стоя</p>	<p>г) через 1 и 3 минуты после пребывания; стоя</p>	<p>Хорошнина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошнина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5688-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456880.html</p>
6	<p>Принятие решения о старте терапии</p>	<p>в) подсчета риска</p>	<p>Дедов, И. И.</p>

	<p>остопороза осуществляется на основании</p> <p>а) жалоб пациента на боли в костях б) анализа крови на кальций в) подсчета риска переломов по алгоритму FRAX г) выпадение зубов</p>	<p>переломов по алгоритму FRAX</p>	<p>Российские клинические рекомендации. Эндокринология / Дедова И. И., Мельниченко Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-4603-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446034.html Клинические рекомендации по старческой астении (14.12.2018 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Asteniya_final_2018.pdf Клинические рекомендации МЗ РФ «Остеопороз» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/87_4</p>
7	<p>Характерным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей является:</p> <p>а) тромбоз эмболия легочной артерии б) пилефлебит в) тромбоз брыжеечных вен г) кровотечение из подкожных варикозных вен д) инфаркт селезенки</p>	<p>а) тромбоз эмболия легочной артерии</p>	<p>Напалков, Д. А. Венозные тромбоз эмболические осложнения. Антикоагулянтная терапия в таблицах и схемах / Д. А. Напалков, А. А. Соколова, А. В. Жиленко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-8621-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486214.html . - Режим доступа: по подписке.</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>На участке населенного пункта У. возникло 3 случая заболевания гепатитом А.</p> <p>Вопросы: 1. Роль врача терапевта в проведении санитарно-эпидемиологических</p>	<p>1. Врач терапевт совместно с представителями санитарно-эпидемиологического надзора организует</p>	<p>Поликлиническая терапия / И. И. Чукаева, Б. Я. Барг. - Москва : КНОРУС, 2019. - 695, [1] с. : ил. - (Специалитет). - ISBN</p>

	<p>мероприятий. 2. Кого еще может привлечь врач терапевт в данной ситуации? 3. Какую работу должен провести врач терапевт в данной ситуации?</p>	<p>проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактику. 2. Врач терапевт привлекает руководителей учреждений и предприятий, профсоюзных и других общественных организаций, пациентов к активному участию в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий. 3. Врач терапевт организует весь комплекс диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий с привлечением, при необходимости, для этой цели специалистов лечебно-профилактических учреждений.</p>	<p>978-5-406-07200-4. – Текст : непосредственный</p>
2	<p>На участке поселка М. полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения: против дифтерии - 30% лиц в каждой возрастной группе; против гепатита В - не менее 60% лиц в возрасте до 35 лет; против краснухи - не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет; выполнение плана профилактических прививок против гриппа. Вопросы: 1. Оцените полноту охвата прививками против дифтерии. 2. Оцените полноту охвата прививками против гепатита В. 3. Оцените полноту охвата прививками против краснухи. 4. Оцените полноту охвата прививками против гриппа. Ответы: 1. Полнота охвата прививками против дифтерии недостаточная (надо 90%). 2. Полнота охвата прививками против гепатита В недостаточная (надо 90%). 3. Полнота охвата прививками против краснухи достаточная. 4. Полнота охвата прививками против гриппа согласно плана.</p>	<p>1. Полнота охвата прививками против дифтерии недостаточная (надо 90%). 2. Полнота охвата прививками против гепатита В недостаточная (надо 90%). 3. Полнота охвата прививками против краснухи достаточная. 4. Полнота охвата прививками против гриппа согласно плана.</p>	<p>Поликлиническая терапия / И. И. Чукаева, Б. Я. Барт. - Москва : КНОРУС, 2019. - 695, [1] с. : ил. - (Специалитет). - ISBN 978-5-406-07200-4. – Текст : непосредственный</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиции доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обменов).	<p>Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460542.html</p>
2	Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	<p>Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p> <p>«Стабильная ишемическая болезнь сердца» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ</p> <p>https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_ekonom_IBS.pdf</p>
3	Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

	стабилизации состояния. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	электрокардиограммы» (2020 г) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020). https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_bST-unlocked.pdf
4	Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств» (2021) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/KP_Inf_Endokardit-unlocked.pdf
5	ОРВИ, грипп. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.	Поликлиническая терапия / И. И. Чукаева, Б. Я. Барт. - Москва : КНОРУС, 2019. - 695, [1] с. : ил. - (Специалитет). - ISBN 978-5-406-07200-4. – Текст : непосредственный Клинические рекомендации МЗ РФ «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724_1

ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Наиболее достоверное диагностическое значение для верификации диагноза пиелонефрита имеют: а) боли в поясничной области	в) бактериурия	«Острый пиелонефрит» Российское общество урологов, 2019, согласованы с

	<p>б) лейкоцитурия в) бактериурия г) учащенное, болезненное мочеиспускание д) эритроцитурия</p>		<p>Научно-практическим советом Минздрава РФ https://www.ooorou.ru/public/uploads/ROU/</p>
2	<p>Критерием, отражающем запасы железа в организме, является а) трансферрин б) гепсидин в) гемосидерин г) ферритин</p>	г) ферритин	<p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Железодефицитная анемия» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/669_1</p>
3	<p>При диагностике фенотипа ХОБЛ и БА (перекрест ХОБЛ-БА) одним из больших критериев является а) повышенный уровень общего IgE б) эозинофилия мокроты (>3%) в) атопия в анамнезе г) увеличение ОФВ1 после пробы с бронхолитиком >200 мл и >12%</p>	б) эозинофилия мокроты (>3%)	<p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Бронхиальная астма» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/359_2</p>
4	<p>Показателем функции внешнего дыхания для определения тяжести ХОБЛ является а) ОФВ1 б) ФЖЕЛ в) МВЛ г) ПСВ25-75</p>	а) ОФВ1	<p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая обструктивная болезнь легких» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/603_2</p>
5	<p>При подозрении на внутрибольничную пневмонию показанием к компьютерной томографии является а) выявление средне-очаговой инфильтрации с нечеткими контурами в нижней доле легкого с уплотнением плевры б) выявление типичных для пневмонии изменений при рентгенологическом исследовании в прямой и боковой проекциях в) наличие очевидной клинической симптоматики пневмонии длительностью более одной недели, но менее одного месяца г) отсутствие изменений в легких на рентгеновских снимках у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии</p>	г) отсутствие изменений в легких на рентгеновских снимках у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии	<p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Внебольничная пневмония у взрослых» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/654_1</p>
6	<p>Функциональный класс хронической сердечной недостаточности 0 соответствует дистанции 6-минутной ходьбы, которая составляет (в метрах) а) более 551 б) более 1000 в) менее 150 г) более 850</p>	а) более 551	<p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность» (2020) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN-unlocked.pdf</p>
7	<p>Для миокардита наиболее характерными жалобами являются: а) боли в области сердца,</p>	а) боли в области сердца, сердцебиения,	<p>Поликлинический этап ведения больных с</p>

	<p>сердцебиения, одышку б) боли в области сердца, сердцебиения, обмороки в) боли в области сердца, одышку, асцит г) боли в области сердца, головокружения, одышку д) боли в области сердца, температуру, сухой кашель</p>	<p>одышку</p>	<p>заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
--	---	---------------	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациент Н. 42 лет, обратился к врачу-терапевту. Жалобы Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,40С. Анамнез заболевания Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,60С. Принимал аспирин. Затем боли, связанные с дыханием, прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранялся непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,60С. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу. Анамнез жизни. Хроническими заболеваниями не болеет Профессиональных вредностей не имел. Аллергологический анамнез спокойный. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В</p>	<p>1. Плевральный выпот справа при состояниях, классифицированных в других рубриках 2. межреберье, определенном под рентгенологическим и УЗИ контролем 3. линии, определенной под рентгенологическим и УЗИ контролем 4. застойной сердечной недостаточностью 5. поступлением жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью 6. злокачественных новообразований легких и плевры 7. 1 литра 8. лечение основного заболевания, приведшего к развитию плеврального выпота 9. биохимическое исследование 10. белка в плевральном выпоте к белку в плазме крови более 0,5</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

<p>возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 0С. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. в минуту, ритмичный. АД 115/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии над легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с кривой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>10*10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы</td> <td>палочкоядерные 10%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы</td> <td>сегментоядерные 67%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>СОЭ</td> <td>21 мм/час</td> </tr> </table> <p>БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Общий белок</td> <td>78 г/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>6,0 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛДГ</td> <td>165 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Амилаза</td> <td>60 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>С-реактивный белок</td> <td>45 Ед/л</td> </tr> </table> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОГК</p> <p>На рентгенограмме органов грудной клетки имеется однородное, гомогенное затемнение в нижних отделах правой половины грудной клетки с верхней кривой границей на уровне передних отрезков V ребра.</p> <p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>При УЗИ-исследовании в правой плевральной полости у больного</p>	Показатель	Результат	Лейкоциты	10*10 ⁹ /л	Нейтрофилы	палочкоядерные 10%	Нейтрофилы	сегментоядерные 67%	Лимфоциты	12%	Моноциты	11%	СОЭ	21 мм/час	Показатель	Результат	Общий белок	78 г/л	Глюкоза	6,0 ммоль/л	ЛДГ	165 Ед/л	Амилаза	60 Ед/л	С-реактивный белок	45 Ед/л		
Показатель	Результат																											
Лейкоциты	10*10 ⁹ /л																											
Нейтрофилы	палочкоядерные 10%																											
Нейтрофилы	сегментоядерные 67%																											
Лимфоциты	12%																											
Моноциты	11%																											
СОЭ	21 мм/час																											
Показатель	Результат																											
Общий белок	78 г/л																											
Глюкоза	6,0 ммоль/л																											
ЛДГ	165 Ед/л																											
Амилаза	60 Ед/л																											
С-реактивный белок	45 Ед/л																											

	<p>выявлено наличие жидкости с косой границей на уровне V ребра.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз. 2. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует в 3. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует по 4. Чаще всего появление транссудата обусловлено 5. Появление экссудата обусловлено 6. Экссудат чаще всего развивается при 7. Не рекомендуется удалять за один раз более _____ жидкости 8. Ведущим принципом терапии больного с плевральным выпотом является 9. Для получения данных о генез процесса, приведшего к развитию выпота, проводят _____ плевральной жидкости 10. В общепринятых критериях Лайта биохимическим маркером для отграничения экссудата от транссудата считают отношение 		
2	<p>Больная 33 года, воспитатель детского сада, обратилась к врачу-терапевту участковому.</p> <p>Жалобы</p> <p>Кратковременные коликообразные боли в правом подреберье после приема пищи и при эмоциональных перегрузках.</p> <p>Изредка утреннее ощущение тошноты.</p> <p>Появление горечи после употребления жирной или жареной пищи.</p> <p>Периодические эпизоды жидкого стула с примесью желчи.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>8 лет назад во время беременности появилась изжога, боли в правом подреберье после приема пищи. При УЗИ органов брюшной полости была обнаружена аномалия формы желчного пузыря с перегибом в теле, рекомендовано дробное питание с ограничением жиров и прием дротаверина. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином. Последнее УЗИ органов брюшной полости</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дискинезия желчного пузыря 2. ультразвуковое сканирование органов брюшной полости 3. аномалия формы желчного пузыря 4. ультразвуковое исследование органов брюшной полости 5. отсутствию воспалительных изменений в анализе крови 6. миогенные спазмолитики 7. холеспазмолитиков 8. хроническим холециститом 9. дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4 часовыми интервалами между приемами пищи 10. сбалансированном регулярном питании 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

<p>выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.</p> <p>Анамнез жизни</p> <p>Росла и развивалась нормально.</p> <p>Перенесенные заболевания: простудные, нижнедолевая пневмония 3 года назад, поверхностный гастрит.</p> <p>Наследственность: у отца – язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>Роды – 1, в течение 6 лет получает гормональные контрацептивы (Ярина, Джесс).</p> <p>Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда по типу крапивницы.</p> <p>Вредные привычки отрицает.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, масса тела – 73 кг, индекс массы тела – 26,5 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от норма. Язык влажный с небольшим светлым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, в остальных отделах – безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.</p> <p>Результаты лабораторных методов исследования</p> <p>ОАК</p> <p>Показатели крови Обнаруженные значения</p> <p>Эритроциты, 10¹²/л 4,2</p> <p>Гемоглобин, г/л 129</p> <p>Цветной показатель 0,89</p> <p>СОЭ, мм/ч 9</p> <p>Тромбоциты, 10⁹/л 246</p> <p>Лейкоциты, 10⁹/л 6,6</p> <p>Нейтрофилы палочкоядерные, % 3</p> <p>Нейтрофилы сегментоядерные, % 61</p> <p>Эозинофилы, % 1</p> <p>Базофилы, % 0</p> <p>Лимфоциты, % 28</p> <p>Моноциты, % 7</p> <p>Биохимический анализ крови</p> <p>Показатели крови Обнаруженные значения</p> <p>Билирубин общий, мкмоль/л 12,6</p> <p>Билирубин прямой, мкмоль/л 1,7</p> <p>АЛТ, Ед/л 32,0</p> <p>АСТ, Ед/л 25,0</p> <p>Результаты инструментальных методов обследования</p> <p>УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная,</p>		
--	--	--

<p>очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N). Желчный пузырь расположен типично, размеры пузыря: 70*35 мм – в пределах нормы, имеет перегиб в области тела. Стенки его толщиной 2 мм, не уплотнены, содержимое гомогенное. Общий желчный проток не расширен, проходим, визуализируется на протяжении 2 см, диаметр его 4 мм.</p> <p>Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.</p> <p>Заключение: аномалия формы желчного пузыря.</p> <p>ЭЗОФАГОДУОДЕНОСКОПИЯ. Протокол ЭГДС.</p> <p>Пищевод свободно проходим, в просвете следы желчи, слизистая без особенностей, стенки эластичны, кардия смыкается не плотно. В просвете желудка неизменная желчь. Складки желудка хорошо расправляются воздухом, невысокие, гиперемированы по верхушкам. Слизистая без дефектов и новообразований, в антральном отделе с единичными участками атрофии. Угол желудка острый. Привратник проходим, приоткрыт. Дуоденогастральный рефлюкс. В просвете двенадцатиперстной кишки мутная желчь, явления катарального воспаления. Язвенных дефектов не выявлено. Большой дуоденальный сосочек без особенностей.</p> <p>Заключение: Недостаточность кардии. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Смешанный гастрит. Катаральный дуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс. Косвенные признаки дисфункции желчевыводящих путей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований 2. Скрининговым инструментальным исследованием для исключения холецистолитиаза является 		
---	--	--

	<p>3. Немодифицируемым фактором риска дискинезии желчного пузыря у больной является</p> <p>4. Оптимальным скрининговым инструментальным методом контроля состояния билиарного тракта является</p> <p>5. О функциональном характере патологии желчевыводящих путей можно судить по</p> <p>6. Пациентам с дисфункцией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают</p> <p>7. При усилении диспепсических явлений пациентке могут быть назначены препараты из группы</p> <p>8. Дифференцировать дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с</p> <p>9. Основным принципом диетотерапии при дисфункции желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу является</p> <p>10. Принципы профилактики дисфункции желчевыводящих путей основаны на</p>		
3	<p>Больная 32 лет. В течение нескольких лет беспокоят боли, ощущения вздутия и распирания в животе, чередование запоров с поносами, иногда с выделением слизи.</p> <p><i>Объективно:</i> язык обложен у корня белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в области пупка и по ходу толстого кишечника, плеск и урчание в области слепой кишки. Печень и селезенка не увеличены. <i>Анализ крови:</i> Нв - 128 г/л, лейкоц. - $6,8 \times 10^9$/л, СОЭ - 12 мм/час.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Перечислите необходимые исследования для подтверждения диагноза. 3. Лечебная тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический энтероколит. Возможен синдром раздраженного кишечника. 2. Колоноскопия, анализ кала. 3. Диета: стол №4. Спазмолитики. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>	<p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf</p>

		Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020). https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_bST-unlocked.pdf
2	ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация ХСН. Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность» (2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf
3	Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Внебольничная пневмония у взрослых» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/654_1
4	ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.	Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70–97. https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97 .
5	Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Железодефицитная анемия» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/669_1

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Плепанатом выбора для лечения гипертонического криза осложненного приступом стенокардии, является</p> <p>а) нифедипин б) моксонидин в) нитроглицерин г) клофелин</p>	в) нитроглицерин	<p>Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
2	<p>В качестве антиагреганта при ИБС, стабильной стенокардии без инфаркта миокарда в анамнезе и других соотствующих клинических состояний может использоваться</p> <p>а) ацетилсалициловая кислота б) гепарин в) варфарин г) ацетилсалициловая кислота в комбинации с клопидогрелем д) гепарин в комбинации с варфарином</p>	а) ацетилсалициловая кислота	<p>Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
3	<p>Какой препарат можно назначить при наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией:</p> <p>а) обзидан б) верапамил в) норваск г) метопролол д) все препараты противопоказаны</p>	в) норваск	<p>Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
4	<p>Для вторичной медикаментозной профилактики повторного инфаркта</p>	г) бета-блокаторы	<p>Поликлинический этап ведения больных с</p>

	миокарда или внезапной смерти следует применять а) сердечные гликозиды б) нитраты в) антикоагулянты г) бета-блокаторы		заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
5	У пациентов с коморбидным течением бронхиальной астмы и ИБС для купирования приступов удушья целесообразно применение а) комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора б) ингаляций М-холиноблокаторов в) препаратов теофиллина пролонгированного действия г) глюкокортикостероидов системного действия	а) комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.
6	Легочный фиброз может развиваться при приеме а) хинидина б) амиодарона в) пропранолола г) верапамила	б) амиодарона	Илькович, М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-5908-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459089.html
7	Продолжительность основного курса лечения ингибиторами протонной	а) 8	Рациональная фармакотерапия :

	<p>помпы при ГЭРБ составляет не менее недель</p> <p>а) 8 б) 6 в) 4 г) 3</p>		<p>справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379- 6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
--	---	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациент К. 52 лет доставлен СМП в приемное отделение стационара</p> <p>Жалобы</p> <ul style="list-style-type: none"> - на озноб - повышение температуры тела до 390С - одышку при обычной физической нагрузке преимущественно на вдохе - кашель с небольшим количеством мокроты - боль слева в подлопаточной области, усиливающуюся при кашле и глубоком дыхании - общую слабость - снижение аппетита. <p>Анамнез заболевания</p> <p>Заболел остро 2 дня назад после переохлаждения, когда внезапно появился озноб, повысилась температура тела до 390С, присоединился кашель, сначала сухой, затем с отделением небольшого количества мокроты. Свое состояние расценил как «простуду» и самостоятельно принимал жаропонижающие препараты («Колдрекс») и аскорбиновую кислоту 1 г в день. На фоне проводимой терапии сохранялась температура, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, появилась одышка, пациент вызвал СМП. В связи с тяжестью состояния был доставлен в приемный покой стационара.</p> <p>Анамнез жизни</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внебольничная пневмония нижней доли левого легкого нетяжелого течения. Осл.: ДН I ст. 2. сохранение инфильтративных изменений в легочной ткани более одного месяца 3. эмпиема плевры 4. бактериальную инфекцию 5. аспирационную 6. пневмококк 7. уровень креатинина крови 8. амоксициллин/клавулат нат в/в 9. снижение температуры тела $\leq 370C$ через 48-72 часа после начала приема антибиотика 10. ацетилцистеин 	<p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Внебольничная пневмония у взрослых» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/654_1</p>

<p>Рос и развивался согласно возрасту Работает электриком, профессиональные вредности отрицает Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в 30 летнем возрасте Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка, у матери – гипертоническая болезнь Аллергоанамнез: не отягощен Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко Объективный статус Общее состояние относительно средней тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост – 180 см, вес 78 кг. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Температура 39,10С. Грудная клетка конической формы, при осмотре выявлено отставание левой половины грудной клетки при глубоком дыхании. ЧДД – 26 в минуту. SatO2 91%. Слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. При аускультации слева, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС – 109 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9х8х7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОАК</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>146</td> </tr> <tr> <td>Гематокрит (HCT), %</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты (RBC), 10¹²/л</td> <td>4,9</td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель</td> <td>0,98</td> </tr> <tr> <td>Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл</td> <td>35,3</td> </tr> <tr> <td>Ретикулоциты (RET), %</td> <td>0 3</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), *10⁹/л</td> <td>240,0</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), *10⁹/л</td> <td>13,9</td> </tr> <tr> <td>Лейкоцитарная формула</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Значение	Гемоглобин (Hb), г/л	146	Гематокрит (HCT), %	44	Эритроциты (RBC), 10 ¹² /л	4,9	Цветовой показатель	0,98	Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)	85	Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	31	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,3	Ретикулоциты (RET), %	0 3	Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	240,0	Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	13,9	Лейкоцитарная формула			
Показатель	Значение																									
Гемоглобин (Hb), г/л	146																									
Гематокрит (HCT), %	44																									
Эритроциты (RBC), 10 ¹² /л	4,9																									
Цветовой показатель	0,98																									
Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)	85																									
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	31																									
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,3																									
Ретикулоциты (RET), %	0 3																									
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	240,0																									
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	13,9																									
Лейкоцитарная формула																										

	<p>Нейтрофилы палочкоядерные, % 7 Нейтрофилы сегментоядерные, % 70 Эозинофилы, % 1 Базофилы, % 0 Лимфоциты, % 20 Моноциты, % 2 СОЭ, мм/ч 24</p> <p>ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ PaO₂ – 79 мм рт.ст.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ И ЛЕВОЙ БОКОВОЙ ПРОЕКЦИЯХ На рентгенограмме определяется интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли левого легкого. Утолщение плевры в области передне-диафрагмального синуса</p> <p>Вопросы: 1. Какой диагноз можно поставить данному больному? 2. Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является 3. К осложнениям внебольничной пневмонии относится 4. К этиологическим факторам пневмонии относят 5. К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят 6. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии является 7. К критериям, для определения тяжести пневмонии, относится 8. К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для стартовой терапии в данной ситуации, относят 9. Критерием оценки эффективности антибактериальной терапии является 10. В качестве симптоматической терапии больному необходимо назначить</p>		
2	<p>Больной В. 70 лет обратился к участковому – терапевту по месту жительства. Жалобы на</p>	<p>1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа</p>	<p>Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. -</p>

<p>- горечь во рту, - отрыжку воздухом, - слабость, - головокружение. Анамнез заболевания Со слов больного, жалобы на горечь во рту, отрыжку воздухом беспокоят в течение последних 2-3 лет. Жалобы на головокружение, слабость, усиливающиеся после ходьбы, присоединились в последний год. По данным предыдущих обследований в клиническом анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 73 г/л. Анамнез жизни Больной родился в 1948 г. в Москве. В настоящее время пенсионер. Всю жизнь работал учителем математики в школе. Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Инфекционные болезни ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает. Наследственный анамнез: отец умер в 73 года, мать – в 78. Причины смерти назвать не может. Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Рост – 175 см, масса тела – 69 кг, ИМТ = 22,5 кг/м², температура тела – 36,50С. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – дыхание везикулярное с жестким оттенком, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, легкий систолический шум на верхушке, ЧСС – 78 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беложелтым налетом. При осмотре обращает внимание. Высокое стояние купола диафрагмы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОАК <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Эритроциты (RBC),</td> <td>3,98</td> <td>*1012/л</td> </tr> <tr> <td></td> <td>М 4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>72</td> <td>М</td> </tr> <tr> <td></td> <td>130 – 160 Ж 120 – 140</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель (ЦП)</td> <td>0,47</td> <td>0,8 – 1,0</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), *109/л</td> <td>253</td> <td>180 – 320</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), *109/л</td> <td>6,78</td> <td>4 – 9</td> </tr> <tr> <td>Лейкоцитарная формула</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </p>	Показатель	Результат	Нормы	Эритроциты (RBC),	3,98	*1012/л		М 4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5		Гемоглобин (Hb), г/л	72	М		130 – 160 Ж 120 – 140		Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0	Тромбоциты (PLT), *109/л	253	180 – 320	Лейкоциты (WBC), *109/л	6,78	4 – 9	Лейкоцитарная формула			<p>пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит. Дуоденит. 2. Железодефицитная анемия, среднетяжелого течения. 3. избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна 4. ингибиторов протонной помпы 5. 200; 1 6. 1-3 7. 7-10 8. за 30 мин до еды 9. фортификация 10. ШБ</p>	<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-4874-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448748.html - Режим доступа : по подписке</p>
Показатель	Результат	Нормы																											
Эритроциты (RBC),	3,98	*1012/л																											
	М 4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5																												
Гемоглобин (Hb), г/л	72	М																											
	130 – 160 Ж 120 – 140																												
Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0																											
Тромбоциты (PLT), *109/л	253	180 – 320																											
Лейкоциты (WBC), *109/л	6,78	4 – 9																											
Лейкоцитарная формула																													

<p>Нейтрофилы палочкоядерные, % 3,1 1 – 6</p> <p>Нейтрофилы сегментоядерные, % 65,2 47 – 72</p> <p>Эозинофилы, % 4 1 – 5</p> <p>Базофилы, % 0 0 – 1</p> <p>Лимфоциты, % 21,1 19 – 37</p> <p>Моноциты, % 6,6 2 – 10</p> <p>СОЭ, мм/ч 7 М 2 – 10 Ж 2 – 15</p> <p>Биохимический анализ крови</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Общий белок, г/л</td> <td>71,8</td> <td>65 – 85</td> </tr> <tr> <td>Креатинин, мг/дл</td> <td>1,1</td> <td>0,7 – 1,3</td> </tr> <tr> <td>Азот мочевины, мг/дл</td> <td>5,4</td> <td>3,2 – 8,2</td> </tr> <tr> <td>Общий билирубин, мг/дл</td> <td>19,7</td> <td>5 – 21</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий, ммоль/л</td> <td>4,64</td> <td>3,55 – 6,47</td> </tr> <tr> <td>Щелочная фосфатаза, Ед/л</td> <td>122</td> <td>53 – 128</td> </tr> <tr> <td>Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л</td> <td>41</td> <td>7 – 42</td> </tr> <tr> <td>АсАТ, Ед/л</td> <td>18</td> <td>0 – 34</td> </tr> <tr> <td>АлАТ, Ед/л</td> <td>17</td> <td>5 – 49</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза, ммоль/л</td> <td>5,6</td> <td>4,0 – 6,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Сывороточные показатели железа</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fe, мкмоль/л</td> <td>7,2</td> <td>12,5 – 32,2</td> </tr> <tr> <td>Ферритин, мкг/л</td> <td>15,4</td> <td>60 – 150</td> </tr> <tr> <td>ОЖСС, мкмоль/л</td> <td>77,9</td> <td><69</td> </tr> </tbody> </table> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ</p> <p>Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода гиперемирована. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая с наличием заэпитализированных эрозий. Быстрый уреазный через 15 мин – отрицательный. Взята биопсия из залуковичного отдела 12 ПК. По результатам морфологического исследования отмечены хронический слабовыраженный неактивный бульбит и дуоденит.</p> <p>УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>Печень обычно расположена, не увеличена (правая доля 138 мм, левая доля 56 мм, хвостатая доля 20 мм), контуры ровные, четкие, паренхима средней эхогенности, однородной структуры, сосудистый рисунок сохранен, внутрипеченочные желчные проток не расширены. Воротная вена до 8 мм, диаметр НПВ до 12 мм.</p>	Показатель	Результат	Нормы	Общий белок, г/л	71,8	65 – 85	Креатинин, мг/дл	1,1	0,7 – 1,3	Азот мочевины, мг/дл	5,4	3,2 – 8,2	Общий билирубин, мг/дл	19,7	5 – 21	Холестерин общий, ммоль/л	4,64	3,55 – 6,47	Щелочная фосфатаза, Ед/л	122	53 – 128	Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л	41	7 – 42	АсАТ, Ед/л	18	0 – 34	АлАТ, Ед/л	17	5 – 49	Глюкоза, ммоль/л	5,6	4,0 – 6,1	Показатель	Результат	Нормы	Fe, мкмоль/л	7,2	12,5 – 32,2	Ферритин, мкг/л	15,4	60 – 150	ОЖСС, мкмоль/л	77,9	<69		
Показатель	Результат	Нормы																																													
Общий белок, г/л	71,8	65 – 85																																													
Креатинин, мг/дл	1,1	0,7 – 1,3																																													
Азот мочевины, мг/дл	5,4	3,2 – 8,2																																													
Общий билирубин, мг/дл	19,7	5 – 21																																													
Холестерин общий, ммоль/л	4,64	3,55 – 6,47																																													
Щелочная фосфатаза, Ед/л	122	53 – 128																																													
Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л	41	7 – 42																																													
АсАТ, Ед/л	18	0 – 34																																													
АлАТ, Ед/л	17	5 – 49																																													
Глюкоза, ммоль/л	5,6	4,0 – 6,1																																													
Показатель	Результат	Нормы																																													
Fe, мкмоль/л	7,2	12,5 – 32,2																																													
Ферритин, мкг/л	15,4	60 – 150																																													
ОЖСС, мкмоль/л	77,9	<69																																													

Желчный пузырь в поперечнике 37 мм, просвет гомогенный, стенки не утолщены, гепатико-холедох не расширен. Поджелудочная железа нормальных размеров, паренхима средней эхогенности, однородно структуры, селезеночная вена не расширена, 5 мм.

Селезенка не увеличена, 98x38 мм, контуры ровные, четкие, паренхима однородной эхогенности, однородной структуры. Почки обычно расположены, нормальных размеров, контуры ровные, подвижность не изменена, толщина паренхимы до 15 мм, кортико-медулярная дифференцировка сохранена, кровоток до корковых отделов, ЧЛС не расширена, область надпочечников не изменена.

Данных за наличие жидкости в брюшной полости не получено.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Легочные поля без инфильтративных изменений, корни легких не расширены, синусы свободны, тень сердца не расширена, аорта развернута и уплотнена.

КОЛОНОСКОПИЯ

Аноскопия – в прямой кишке при пальцевом исследовании стенки эластичные, не нависают. Тонус сфинктера не изменен, определяются геморроидальные узлы, не увеличены. Фиброскоп введен в купол слепой кишки. Контур его ровные. Баугиневая заслонка губовидная, перистальтирует. Просвет толстой кишки свободно проходим на всем протяжении. Складки высокие, слизистая равномерно окрашена, блестящая, эластичная. Гаустрация выражена во всех отделах. Сосудистый рисунок не деформирован. Ректосигмоидный отдел свободно проходим.

Вопросы:

1. Какой основной диагноз?
2. Какой сопутствующий диагноз?
3. Рекомендации по изменению образа жизни для пациента включают
4. В качестве лечения основного заболевания в данной ситуации является прием
5. Суточная доза железа в данной ситуации составляет _____ мг _____ раз/раза в сутки
6. Пероральные препараты железа назначаются сроком на _____ (мес.)
7. Критерии эффективности лечения железо-дефицитной анемии пероральными препаратами железа

	<p>является ретикулоцитарная реакция на ____ день от начала лечения</p> <p>8. Пациенту омега-3 жирными кислотами рекомендовано принимать</p> <p>9. Мерой общественной профилактики железодефицитной анемии, которая предусматривает обогащение железом наиболее употребляемых населением продуктов, является</p> <p>10. Пациент относится к ____ группе состояния здоровья</p>		
3	<p>Женщина 35 лет обратилась к врачу общей практики</p> <p>Жалобы</p> <p>На постоянные ноющие боли и припухлость в коленных, голеностопных, лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставах 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев справа. 2-го, 3-го, 4-го пальцев слева (по визуальной аналоговой шкале – 5 баллов), боль усиливается в покое, ночью, после сна, уменьшается в течение дня, утреннюю скованность в течение полутора-двух часов, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Вышеописанные жалобы появились около 4 месяцев назад. Сначала боль и припухлость в мелких суставах кистей, через несколько дней присоединились боли и отечность в коленных суставах, а через две недели – в локтевых и лучезапястных суставах. Боль постепенно нарастала. За медицинской помощью с данными симптомами обращается впервые.</p> <p>Анамнез жизни</p> <p>Работает поваром в ресторане.</p> <p>Семейный анамнез: не отягощен.</p> <p>Аллергических реакций нет. Из перенесенных заболеваний: редкие ОРВИ (не чаще 2-х раз в год, легкой степени тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, СД отрицает. Курит с 28 лет 1-2 сигареты в день, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Рост 175, вес 71 кг (ИМТ 23,18 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.</p> <p>Костно-мышечная система: локтевые, лучезапястные, коленные суставы, проксимальные межфаланговые суставы 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев справа. 2-го, 3-го, 4-го пальцев слева деформированы за</p>	<p>1. ревматоидный артрит</p> <p>2. 1</p> <p>3. 2</p> <p>4. очень раннюю</p> <p>5. достижение стойкой клинической ремиссии</p> <p>6. ОАК, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза), маркеры вирусов гепатитов В и С, ВИЧ, тест на беременность</p> <p>7. метотрексат</p> <p>8. фолиевую кислоту</p> <p>9. 15</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

<p>счет отека, болезненны при пальпации, симптом поперечного сжатия кистей положительный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 66 уд/мин. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Безболезненное. Стул не изменен.</p> <p>Результаты лабораторных методов обследования ОАК и СОЭ Эритроциты – 3,9*10¹²/л, Гемоглобин – 111 г/л Лейкоциты – 21*10⁹/л (б – 2%, э – 0%, ю – 4%, п/я – 1%, с/я – 69%, лимфоциты – 15%, моноциты – 9%) Тромбоциты – 394/л Гематокрит – 33,1% СОЭ – 25 мм час</p> <p>Биохимический анализ крови и С-реактивный белок Аспартатаминотрансфераза – 32 ед/л Аланинаминотрансфераза – 23 ед/л, общий белок 56,8 г/л, общий билирубин – 14 мкмоль/л щелочная фосфатаза – 45 ед/л Глюкоза – 4,5 ммоль/л Железо – 1,5 мкмоль/л Натрий – 141 ммоль/л Калий – 4,3 ммоль/л Холестерин – 4,3 ммоль/л ЛПНП 2,5 ммоль/л ЛПВП – 1,5 ммоль/л С-реактивный белок – 7 мг/л Антитела к цитруллинированным белкам Обнаружены антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 41 Ед/мл Ревматоидный фактор – 12 МЕ/мл</p> <p>Результаты инструментального метода обследования Рентгенография кистей и стоп в прямой проекции При рентгенографии кистей выявлен небольшой околосуставной остеопороз, единичные кистовидные просветления костной ткани, незначительное сужение суставных щелей в отдельных суставах. Эрозий не выявлено. При рентгенографическом исследовании стоп в прямой проекции изменений суставов и околосуставных тканей не выявлено.</p> <p>Вопросы:</p>		
--	--	--

	<p>1. Интерпретируйте полученные результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Основным диагнозом у данной пациентки является _____</p> <p>2. Изменения на рентгенограмме кистей соответствуют _____ рентгенологической стадии _____</p> <p>3. У пациентки сохранены самообслуживание и профессиональной деятельности, но ограничена непрофессиональная деятельность. Что соответствует функциональному классу _____</p> <p>4. Пациентке следует выставить _____ клиническую стадию _____</p> <p>5. Целью лечения РА у данной пациентки на данном этапе является _____</p> <p>6. Лабораторными исследованиями, которые рекомендуется проводить пациентке на этапе подбора лекарственной терапии, мониторинга эффективности и безопасности лекарственной терапии, являются _____</p> <p>7. В качестве препарата первой линии базисной противовоспалительно терапии следует назначить _____</p> <p>8. На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций следует назначить _____</p> <p>9. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через _____ дней _____</p>		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>	<p>«Стабильная ишемическая болезнь сердца» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf</p>
2	<p>Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>	<p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый коронарный синдром</p>

		без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020). https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_bST-unlocked.pdf
3	Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность» (2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf
4	Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии обострений ХОБЛ. Профилактика, реабилитация.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая обструктивная болезнь легких» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/603_2
5	Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины. Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Диспансерное наблюдение.	Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции <i>Helicobacter pylori</i> у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018; 28(1):55-70 DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-1-55-70

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Ограничивать употребление натрия в сутки у пациента с артериальной гипертонией следует до (в граммах) а) 7-10 б) 3-5 в) 2-3 г) 5-7	в) 2-3	«Артериальная гипертония» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_odobrennye_nauchnoprakticheskimi_sovetom_minzdrava_rf

			inzdrava_rf/
2	<p>Основным показателем, свидетельствующим о гипертрофии левого желудочка, является</p> <p>а) влажный объем левого желудочка</p> <p>б) индекс массы миокарда левого желудочка</p> <p>в) размер полостей сердца</p> <p>г) толщина стенок левого желудочка</p>	б) индекс массы миокарда левого желудочка	«Артериальная гипертензия» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_odobrennye_nauchnoprakticheskim_sovetom_minzdrava_rf/
3	<p>Показанием к назначению антикоагулянтов является</p> <p>а) постоянная форма мерцательной аритмии</p> <p>б) высокий гематокрит</p> <p>в) лакунарный инсульт</p> <p>г) гипертоническая болезнь</p>	а) постоянная форма мерцательной аритмии	35. Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.
4	<p>Продленная тромбопрофилактика показана при</p> <p>а) повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА</p> <p>б) вторичной легочной гипертензии</p> <p>в) острой венозной тромбоземболии (ВТЭ)</p> <p>г) известной тромбофилии</p>	а) повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА	34. Напалков, Д. А. Венозные тромбоэмболические осложнения. Антикоагулянтная терапия в таблицах и схемах / Д. А. Напалков, А. А. Соколова, А. В. Жиленко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-8621-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486214.html . - Режим доступа: по подписке.
5	<p>Отеки нижних конечностей – типичный побочный эффект антигипертензивных препаратов из группы</p> <p>а) бета-адреноблокаторов</p> <p>б) дигидропиридиновых антагонистов кальция</p>	б) дигидропиридиновых антагонистов кальция	«Артериальная гипертензия» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_odobrennye_nauchnoprakticheskim_sovetom_minzdrava_rf/

	в) недигидропиридиновых антагонистов кальция г) ингибиторов АПФ д) альфа-адреноблокаторов		ndacii/rekomendacii_rko _odobrennye_nauchnopr akticheskim_sovetom_m inzdrava_rf/
6	Наиболее целесообразно снижение дозы препаратов базисной терапии при БА на _____ % от исходной а) 5 б) 10 в) 25 г) 20	в) 25	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.
7	Какой показатель спирометрии изменяется при рестриктивных нарушениях дыхания а) ОФВ1 б) ООЛ в) ЖЕЛ г) ПСВ д) СОС	в) ЖЕЛ	Илькович, М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-5908-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459089.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился атенололом,	1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить: суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в передне-боковой стеке левого желудочка и экстрасистолию во	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html

<p>арифоном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина. Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднелючной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет. Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; pH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п/з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевина 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л. На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторингом исследовании во время ходьбы - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования.</p>	<p>время ходьбы; доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения; биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности, а также мочевины и креатинина; общий анализ крови без отклонений от нормы.</p> <p>2. Клинические синдромы: стенокардии; артериальной гипертензии; нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы); атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии.</p> <p>Предварительный диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, инсулинонезависимый, синдром Киммельстиль-Уилсона. Дислипидемия.</p> <p>3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро- и аортографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аорто-коронарное шунтирование,</p>	<p>ry.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
--	--	--

	<p>2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выявленных синдромов.</p> <p>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?.</p> <p>4. Назначьте лечение.</p> <p>5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту?</p>	<p>баллонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).</p> <p>4. Лечение в условиях круглосуточного стационара: ограничение двигательного режима, фраксипарин 0,3 мл 2 р/д п/к, эфокс лонг 50 мг 2 р/д, конкор 5 мг 1р/д, клопидогрел 1-й день 300мг 1 р/д, со 2-го дня 75 мг 1р/д (т.к. аспирин противопоказан).</p> <p>5. Санаторно-курортное лечение показано в местных санаториях, после перехода стенокардии в стабильную форму.</p>	
2	<p>Больная 36 лет обратилась с жалобами на приступообразный малопродуктивный кашель. Приступы кашля чаще всего возникают по ночам, рано утром, а также днем при выходе на холод и в сырую погоду. Больна в течение полутора месяцев, когда после перенесенной пневмонии, неадекватно леченной антибиотиками, сохранился малопродуктивный кашель. Принимала средства от кашля и отхаркивающие препараты без существенного эффекта. Не курит, с детства страдает атопическим дерматитом.</p> <p>При осмотре: в легких дыхание жесткое, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом исследовании - легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. В анализе крови - эозинофилия (8%), в индуцированной мокроте выявлены скопления эозинофилов, бактериальная флора в умеренном количестве (представлены грамположительными кокками).</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Наиболее вероятный диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?</p> <p>3. Составьте план лечебно-оздоровительных мероприятий.</p>	<p>1. Наиболее вероятно наличие у пациентки бронхиальной астмы. Об этом свидетельствуют приступы бронхиальной обструкции (приступообразный кашель и сухие хрипы в легких) и гиперреактивность бронхов (провоцирующий эффект холодного и влажного воздуха), а также эозинофилия мокроты, указывающая на наличие эозинофильного воспалительного процесса в бронхах. Определяющее значение имеет наличие атопического дерматита.</p> <p>2. Мониторинг ПСВ, тест с бронхолитиком.</p> <p>3. Базисная противовоспалительная терапия + бронхолитики. Консультация аллерголога, консультация терапевта 2 раза в год, консультация пульмонолога 1 раз в год, ЭКГ 1 раз в год,</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

		рентгенография легких 1 раз в год, общий анализ крови, мокроты, мочи 2 раза в год.	
3	<p>Мужчина 58 лет, работает экономистом. Наблюдается у кардиолога в поликлинике 8 месяцев с диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (передне-перегородочный инфаркт миокарда - по Q-wave от 12 июня 2019 г.). ХСН II А ст. (III ФК по NYHA). Принимает: аспирин, статины, бета-блокаторы, антагонисты кальция (амлодипин), иАПФ, диуретики - постоянно, нитроглицерин - 4 - 6 раз в неделю при физических нагрузках. В последние 3 недели, после стресса, отмечает инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке.</p> <p>Объективно: частота дыханий- 24 в 1 мин. В легких единичные влажные хрипы над нижними долями. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-62 в 1 мин. АД 130/ 82 мм.рт.ст. Печень - у края реберной дуги, на ногах отеков нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Терапию какими препаратами следует усилить? 2. Перечислите аспекты реабилитации пациента. 3. От чего зависит интенсивность рекомендуемой физической нагрузки? 4. От чего зависит срок временной нетрудоспособности? 5. У какого специалиста и как долго должен наблюдаться пациент? Объем обследования в первый год наблюдения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диуретики, ингибиторы АПФ. 2. Медикаментозный, физический, психологический, социальный. 3. От функционального класса коронарной и сердечной недостаточности. 4. От степени коронарной и сердечной недостаточности, сопутствующей патологии, условий труда. 5. У кардиолога – в течение 1 года, далее у участкового терапевта. Липидный профиль, калий, ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

2	Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС.	Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039).
3	Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ.	Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039).
4	Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности	Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039).
5	Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях.	Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039).

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности при сроках временной нетрудоспособности более дней а) 15 б) 10 в) 7 г) 14	а) 15	Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»
2	При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более месяцев с даты начала временной	а) 4	Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной

	нетрудоспособности а) 4 б) 6 в) 7 г) 5		нетрудоспособности»
3	Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при хроническом гастрите составляют (дней) а) 2-3 б) 10-14 в) 5-7 г) 7-10	в) 5-7	Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»
4	Листок нетрудоспособности по уходу за взрослым больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях выдается (формируется) сроком не более чем на календарных дней а) 10 б) 20 в) 30 г) 7	г) 7	Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»
5	Работник уволен с предприятия по собственному желанию. В 18 часов того же дня обращается в поликлинику. Врач констатирует временную нетрудоспособность. Какой документ должен сформировать (выдать) врач? а) никакой б) справку произвольной формы с указанием времени обращения в) справку ф. 095/у г) листок нетрудоспособности	г) листок нетрудоспособности	Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»
6	Продолжительность поддерживающего курса лечения ингибиторами протонной помпы при ГЭРБ составляет не менее _____ недель а) 8 б) 16 в) 10 г) 6	б) 16	Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70–97. https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97 .
7	Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью составляет _____ раз/раза в год а) 1 б) 3 в) 2 г) 4	в) 2	Приказ Минздрава РФ от 29.03.2019 N 173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Мужчина 58 лет, работает экономистом. Наблюдается у кардиолога в поликлинике 8 месяцев с диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (передне-перегородочный инфаркт миокарда - по Q-wave от 12 июня 2019 г.). ХСН II А ст. (III ФК по NYHA). Принимает: аспирин, статины, бета-блокаторы, антагонисты кальция (амлодипин), иАПФ, диуретики - постоянно, нитроглицерин - 4 - 6 раз в неделю при физических нагрузках. В последние 3 недели, после стресса, отмечает инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке.</p> <p>Объективно: частота дыханий- 24 в 1 мин. В легких единичные влажные хрипы над нижними долями. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-62 в 1 мин. АД 130/ 82 мм.рт.ст. Печень - у края реберной дуги, на ногах отеков нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Терапию какими препаратами следует усилить? 2. Перечислите аспекты реабилитации пациента. 3. От чего зависит интенсивность рекомендуемой физической нагрузки? 4. От чего зависит срок временной нетрудоспособности? 5. У какого специалиста и как долго должен наблюдаться пациент? Объем обследования в первый год наблюдения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диуретики, ингибиторы АПФ. 2. Медикаментозный, физический, психологический, социальный. 3. От функционального класса коронарной и сердечной недостаточности. 4. От степени коронарной и сердечной недостаточности, сопутствующей патологии, условий труда. 5. У кардиолога – в течение 1 года, далее у участкового терапевта. Липидный профиль, калий, ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
2	<p>Пациент Н. 42 года, обратился к врачу общей практики.</p> <p>Жалобы</p> <p>На сильные боли в плюснефаланговых суставах I-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Впервые на фоне полного благополучия ночью появились сильные, жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца правой стопы около 1,5 лет тому назад. Повысилась температура до 38,80С. Сустав припух, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой. Движения в суставе стали невозможны из-за нестерпимой боли. К врачам пациент</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0,36 2. поляризационная микроскопия синовиальной жидкости или содержимого тофуса 3. ультразвукового исследования сустава 4. всем пациентам на момент осмотра 5. рентгенологического исследования суставов 6. гиперэхогенная прерывистая 7. из группы нестероидных противовоспалительных 8. целекоксиб 9. 0,5 10. аллопуринола 11. 180 12. лозартана 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

<p>не обращался, принимал самостоятельно диклофенак 100 мг в сутки. Через 3-4 дня боли в I плюснефаланговом суставе правой стопы прошли, через неделю прошла припухлость сустава. Второй приступ боли возник примерно полгода назад, боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождались субфебрилитетом, недомоганием. Эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100 мм рт.ст.</p> <p>Анамнез жизни Пять лет назад обнаружена язва луковицы 12-перстной кишки. Алкоголь употребляет в умеренном количестве.</p> <p>Объективный статус Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Температура тела – 36,80С. Рост 176 см, вес - 98 кг. Окружность талии – 102 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые.</p> <p>Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 78 уд/мин. Пульс ритмичный, одинакового наполнения и напряжения с обеих сторон, 78 уд в 1 минуту. АД – 135/75 мм рт.ст. на обеих руках. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре суставов: дефигурация левого голеностопного суставов и I-ых плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами гиперемирована, локальная гипертермия. Движения в суставах с болезненным ограничением.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперурикемия у пациента будет диагностирована при уровне мочевой кислоты в сыворотке более _____ ммоль/л. 2. «Золотым стандартом» в диагностике подагры является _____ 3. При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризованной микроскопии всем пациентам показано проведение _____ 4. Проведение диагностической пункции сустава для подтверждения диагноза подагры показано _____ 5. На ранних этапах болезни не рекомендуется выполнение _____ 		
--	--	--

	<p>6. Визуальным признаком подагрического поражения сустава при ультразвуковом исследовании является полоска по поверхности гиалинового хряща, не зависящая от угла осмотра</p> <p>7. Для купирования приступа острого подагрического артрита показано назначение препаратов</p> <p>8. С учетом того, что у пациента в анамнезе язва луковицы 12-перстной кишки, из нестероидных противовоспалительных препаратов ему показан</p> <p>9. Для профилактики приступов артрита всем пациентам в течение первых месяцев после начала уратснижающей терапии необходимо использовать колхицин в суточной дозе _____ мг</p> <p>10. В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии пациенту с нормальной функцией почек рекомендуется назначение</p> <p>11. Целевое значение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне лечения не должно опускаться ниже _____ мкмоль/л</p> <p>12. При наличии артериальной гипертензии у пациентов с подагрой показано назначение</p>		
3	<p>Больная 60 лет. Поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение «ватных» ног. Больная в течение одного года. <i>При осмотре:</i> одутловатость лица, бледность кожи с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Дыхание везикулярное, тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Сосочки языка сглажены. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.</p> <p><i>Анализ крови:</i> Нб - 50 г/л, эр. - $2,2 \times 10^9$ /л, цв.пок.- 1,3, лейкоц. - $2,5 \times 10^9$ /л, эоз. - 1%, п/я - 4%, с/я - 38%, лимф. - 42%, мон. - 11%, тромб. - 70×10^9 /л, СОЭ - 40 мм/час, билирубин - 2,0 мг% (34 мкмоль/л), непрямой.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте гематологическую характеристику анемии.. 2. Чего не хватает в анализе крови? 3. Вероятный диагноз? 4. Что ожидается в миелограмме? 5. За каким показателем необходим контроль на 5-7 день лечения при назначении витамина В₁₂ 1000 мг/сут? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тяжелая, гиперхромная с панцитопенией. 2. Ретикулоцитов, морфологии эритроцитов, ядер нейтрофилов. 3. В₁₂-дефицитная анемия. 4. Мегалобластоз. 5. Определение ретикулоцитов. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

№	Содержание задания	Источник
1	Временная нетрудоспособность, её виды	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p> <p>Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»</p>
2	Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p> <p>Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»</p>
3	Функции КЭК ЛПУ	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

		https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
4	Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
5	Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье, является: а) образ жизни б) состояние окружающей среды в) организация медицинской помощи	а) образ жизни	Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235.

			https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235
2	<p>Воздействие через СМИ на факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск хронических неинфекционных заболеваний среди всего населения - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) стратегия высокого риска б) стратегия вторичной профилактики в) популяционная стратегия 	в) популяционная стратегия	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>
3	<p>Наиболее эффективно начало профилактики развития остеопороза:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в любом возрасте б) после 35 лет в) после наступления менопаузы г) через 5 лет после наступления менопаузы д) после 45 лет, приблизительно за 3-5 лет до наступления менопаузы 	д) после 45 лет, приблизительно за 3-5 лет до наступления менопаузы	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>
4	<p>Медицинская профилактика включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) выявление заболеваний б) проведение прививок в) улучшение условий труда и отдыха 	б) проведение прививок	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>
5	Профилактика астматического статуса у больного бронхиальной астмой включает наряду с применением β_2 -адреномиметика короткого действия в режиме «по	в) препаратов базисной терапии	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др.</p>

	<p>требованию» постоянный прием</p> <p>а) муколитиков и отхаркивающих средств</p> <p>б) таблетированной формы эуфиллина</p> <p>в) препаратов базисной терапии</p> <p>г) М-холиноблокаторов</p>		<p>Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>
6	<p>Вторичная профилактика включает:</p> <p>а) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний</p> <p>б) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний</p> <p>в) проведение прививок</p>	<p>б) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний</p>	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>
7	<p>Одно из основных направлений профилактики:</p> <p>а) личностная</p> <p>б) частная</p> <p>в) индивидуальная</p>	<p>в) индивидуальная</p>	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большого числа</p>	<p>1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить: суточное ЭКГ-мониторирование</p>	<p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы</p>

<p>приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился атенололом, арифеном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина.</p> <p>Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; pH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п/з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л. На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторингом исследовании во время ходьбы - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте</p>	<p>выявило нарушение коронарного кровообращения в передне-боковой стеке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы; доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения; биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности, а также мочевины и креатинина; общий анализ крови без отклонений от нормы.</p> <p>2. Клинические синдромы: стенокардии; артериальной гипертензии; нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы); атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии.</p> <p>Предварительный диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, инсулинонезависимый, синдром Киммельстил-Уилсона.</p> <p>Дислипидемия.</p> <p>3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро-</p>	<p>» (2020 г) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf 18. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020).</p>
---	--	--

	<p>бифуркации левой общей подвздошной артерии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования. 2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выявленных синдромов. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?. 4. Назначьте лечение. 5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту? 	<p>и аортографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аорто-коронарное шунтирование, баллонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).</p> <p>4. Лечение в условиях круглосуточного стационара: ограничение двигательного режима, фраксипарин 0,3 мл 2 р/д п/к, эфокс лонг 50 мг 2 р/д, конкор 5 мг 1р/д, клопидогрел 1-й день 300мг 1 р/д, со 2-го дня 75 мг 1р/д (т.к. аспирин противопоказан).</p> <p>5. Санаторно-курортное лечение показано в местных санаториях, после перехода в стабильную форму.</p>	
2	<p>Больная 23 лет обратилась к врачу в поликлинику</p> <p>Жалобы</p> <p>На боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей. Чувство «скованности» в них, общую слабость, повышение температуры тела до 38,30С.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Заболела остро 3 месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, повышение температуры тела до 38, 0С. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами, температура тела снизилась до субфебрильных значений, однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей.</p> <p>Анамнез жизни</p> <p>Росла и развивалась нормально. Аллергических реакций нет. Из перенесенных заболеваний и операций ничего не отмечает. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, СД отрицает. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Системная красная волчанка 2. средней 3. слизистой, суставов, гемолитической анемией, цитопенией 4. гидроксихлорохином – 200 мг внутрь 2 таблетки в сутки, в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно; 5. преднизолоном по 25 мг/сут, внутрь 6. пульс-терапии метилпреднизолоном 7. белимумаб 8. ревматолог 9. цитостатические иммунодепрессанты 10. циклофосфамид 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p> <p>Дифференциальная диагностика суставного синдрома в практике врача-терапевта : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 91 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система.</p>

<p>алкоголем не злоупотребляет. Объективный статус Температура тела 37,60С. Кожные покровы бледные. Увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На слизистых ротовой полости видны изъязвления, безболезненные. На коже щек и спинке носа яркая эритема с дискоидными высыпаниями. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 88 уд/мин. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень расположена по краю реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Безболезненное. Стул не изменен.</p> <p>Результаты лабораторных методов обследования</p> <p>Определение иммунологических тестов</p> <p>Антитела к двуспиральной (нативной) ДНК IgG 102 МЕ/мл Антиядерный фактор 1:640</p> <p>ОАК</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Исследование</th> <th>Результат</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гематокрит</td> <td>43,4</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Гемоглобин</td> <td>102</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>3,2</td> <td>млн/мкл</td> </tr> <tr> <td>MCV</td> <td>85,8</td> <td>фл</td> </tr> <tr> <td>RDW</td> <td>12</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>MCH</td> <td>28</td> <td>пг</td> </tr> <tr> <td>MCHC</td> <td>35,7</td> <td>г/дл</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты</td> <td>112</td> <td>тыс/мкл</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>3,7</td> <td>тыс/мкл</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы</td> <td>60,8</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>20</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>10</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы</td> <td>2</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Базофилы</td> <td>0</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы, абс</td> <td>2</td> <td>тыс/мкл</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, абс</td> <td>2</td> <td>тыс/мкл</td> </tr> <tr> <td>Моноциты, абс</td> <td>1,29</td> <td>тыс/мкл</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, абс</td> <td>0,14</td> <td>тыс/мкл</td> </tr> <tr> <td>Базофилы, абс</td> <td>0,06</td> <td>тыс/мкл</td> </tr> <tr> <td>СОЭ (по Вестергрену)</td> <td>36</td> <td>мм/час</td> </tr> </tbody> </table> <p>ОАМ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Исследование</th> <th>Результат</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цвет</td> <td>соломенная</td> </tr> </tbody> </table>	Исследование	Результат	Единицы измерения	Гематокрит	43,4	%	Гемоглобин	102	г/л	Эритроциты	3,2	млн/мкл	MCV	85,8	фл	RDW	12	%	MCH	28	пг	MCHC	35,7	г/дл	Тромбоциты	112	тыс/мкл	Лейкоциты	3,7	тыс/мкл	Нейтрофилы	60,8	%	Лимфоциты	20	%	Моноциты	10	%	Эозинофилы	2	%	Базофилы	0	%	Нейтрофилы, абс	2	тыс/мкл	Лимфоциты, абс	2	тыс/мкл	Моноциты, абс	1,29	тыс/мкл	Эозинофилы, абс	0,14	тыс/мкл	Базофилы, абс	0,06	тыс/мкл	СОЭ (по Вестергрену)	36	мм/час	Исследование	Результат	Цвет	соломенная		<p>— URL: https://e.lanbook.com/book/293513 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
Исследование	Результат	Единицы измерения																																																																			
Гематокрит	43,4	%																																																																			
Гемоглобин	102	г/л																																																																			
Эритроциты	3,2	млн/мкл																																																																			
MCV	85,8	фл																																																																			
RDW	12	%																																																																			
MCH	28	пг																																																																			
MCHC	35,7	г/дл																																																																			
Тромбоциты	112	тыс/мкл																																																																			
Лейкоциты	3,7	тыс/мкл																																																																			
Нейтрофилы	60,8	%																																																																			
Лимфоциты	20	%																																																																			
Моноциты	10	%																																																																			
Эозинофилы	2	%																																																																			
Базофилы	0	%																																																																			
Нейтрофилы, абс	2	тыс/мкл																																																																			
Лимфоциты, абс	2	тыс/мкл																																																																			
Моноциты, абс	1,29	тыс/мкл																																																																			
Эозинофилы, абс	0,14	тыс/мкл																																																																			
Базофилы, абс	0,06	тыс/мкл																																																																			
СОЭ (по Вестергрену)	36	мм/час																																																																			
Исследование	Результат																																																																				
Цвет	соломенная																																																																				

	<p>Прозрачность полная Относительная плотность 1013 рН 6 Белок отрицат Глюкоза отрицат Кетоновые тела отрицат Уробилиноген отрицат Билирубин отрицат Лейкоцитарная эстераза отрицат Гемоглобин отрицат Нитриты отрицат Эпителий плоский 1 Лейкоциты 1 Эритроциты не обнаруж Цилиндры не обнаруж Соли не обнаруж Слизь не обнаруж Бактерии не обнаруж Результаты инструментального метода обследования Рентгенограмма легких Очаговых теней нет, синусы свободны, высокое стояние правого купола диафрагмы. Вопросы: 1. Основным диагнозом у больной является 2. Активность заболевания соответствует ___ степени 3. Проявления заболевания представлены поражением 4. Лечение основного заболевания проводят 5. При резистентности к лекарственной терапии назначают 6. У больных системной красной волчанкой с высокой иммунологической активностью следует применять 7. При данном диагнозе больную должен наблюдать 8. При высокой степени активности и поражении органов и систем больным СКВ назначают 9. Обязательным компонентом индукционной терапии при волчаночном нефрите является 10. Беременным с волчаночным нефритом противопоказано назначать</p>		
3	<p>Больная 36 лет обратилась с жалобами на приступообразный малопродуктивный кашель. Приступы кашля чаще всего возникают по ночам, рано утром, а также днем при выходе на холод и в сырую погоду. Больна в течение полутора месяцев, когда после перенесенной пневмонии, неадекватно леченной антибиотиками, сохранился малопродуктивный кашель. Принимала средства от кашля и</p>	<p>1. Наиболее вероятно наличие у пациентки бронхиальной астмы. Об этом свидетельствуют приступы бронхиальной обструкции (приступообразный кашель и сухие хрипы в легких) и гиперреактивность бронхов</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN978597</p>

	<p>отхаркивающие препараты без существенного эффекта. Не курит, с детства страдает atopическим дерматитом.</p> <p>При осмотре: в легких дыхание жесткое, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом исследовании - легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. В анализе крови - эозинофилия (8%), в индуцированной мокроте выявлены скопления эозинофилов, бактериальная флора в умеренном количестве (представлены грамположительными кокками).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести? 3. Составьте план лечебно-оздоровительных мероприятий? 	<p>(провоцирующий эффект холодного и влажного воздуха), а также эозинофилия мокроты, указывающая на наличие эозинофильного воспалительного процесса в бронхах. Определяющее значение имеет наличие atopического дерматита.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Мониторинг ПСВ, тест с бронхолитиком. 3. Базисная противовоспалительная терапия + бронхолитики. <p>Консультация аллерголога, консультация терапевта 2 раза в год, консультация пульмонолога 1 раз в год, ЭКГ 1 раз в год, рентгенография легких 1 раз в год, общий анализ крови, мокроты, мочи 2 раза в год.</p>	0465288.html
--	--	---	--------------

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения.	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235</p>
2	Гигиеническое воспитание и образование населения: методы и формы.	<p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации.</p>

		Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235
3	Школы здоровья для пациентов: образовательные технологии, методы организации и проведения обучения.	Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235
4	Профилактический медицинский осмотр: цели и задачи, условия и периодичность проведения, объем и виды обследований при профилактическом медицинском осмотре	Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, РА. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова. Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н

		"Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"
5	Профилактическая работа в стационаре. Формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни и по профилактике неинфекционных заболеваний и их осложнений	Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова. Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство можно получить с возраста: а) 14 лет б) 15 лет в) 16 лет г) 17 лет д) 18 лет	б) 15 лет	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
2	При направлении гражданина на лечение в санаторно-курортную организацию, непосредственно после	в) 24	Поликлиническая терапия : учебник / под

	<p>стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается по решению врачебной комиссии санаторно-курортной организации на весь период лечения, но не более чем на (в днях)</p> <p>а) 10 б) 15 в) 24 г) 20</p>		<p>ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
3	<p>Листок нетрудоспособности не формирует (не выдает)</p> <p>а) зубной врач б) лечащий врач медико-санитарной части в) лечащий врач поликлиники г) врач скорой медицинской помощи</p>	г) врач скорой медицинской помощи	<p>Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»</p>
4	<p>Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью составляет _____ раз/раза в год</p> <p>а) 1 б) 3 в) 2 г) 4</p>	в) 2	<p>Приказ Минздрава РФ от 29.03.2019 N 173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».</p>
5	<p>Старческим считается возраст:</p> <p>а) 45-59 лет б) 60-74 года в) 75-89 лет г) 90-95 лет д) 96 и более лет</p>	в) 75-89 лет	<p>Хорошинина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошинина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5688-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456880.html</p>
6	<p>Для демографической ситуации в РФ характерно увеличение удельного веса лиц</p> <p>а) мужского пола б) детского возраста в) пожилого возраста г) состоящих в браке</p>	в) пожилого возраста	<p>Хорошинина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошинина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5688-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456880.html</p>
7	<p>Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в Российской Федерации является</p>	г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е</p>

	<p>Федерации, является:</p> <p>а) Гражданский кодекс РФ б) Кодекс законов о труде в) Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д) Закон РСФСР от 29.07.71 г. «О здравоохранении»</p>	<p>изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
--	---	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Женщина 65 лет обратилась к врачу общей практики.</p> <p>Жалобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - боли в паху, ягодицах, постоянные (выраженность по визуальной аналоговой шкале 4 балла), усиливающиеся при ходьбе, уменьшающиеся в покое, сопровождающиеся утренней скованностью около 10 минут, «стартовые» боли, боли в латеральных отделах верхней трети бедра - невозможность лежать на боку из-за усиления болей - ограничение движений в тазобедренных суставах <p>Анамнез заболевания</p> <p>Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появились боли в паху. Сначала боли возникали только после значительной физической нагрузки, затем приобрели постоянный характер, появилось ограничение в движении в тазобедренных суставах. За медицинской помощью с данными симптомами ранее не обращалась, по совету сестры принимала парацетамол без эффекта.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>Работает кладовщицей на заводе.</p> <p>Семейный анамнез: у матери и сестры двусторонний коксартроз. Аллергических реакций не было.</p> <p>Из хронических заболеваний: ГБ 2 стадии, ГЛЖ. Риск 3 (высокий), принимает амлодипин, отмечает частые эпизоды повышения АД до 160/90 мм рт. ст.</p> <p>Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета – отрицает.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Остеоартрит 2. III 3. избыточной массе тела 4. снижение массы тела 5. НПВП 6. напроксен 7. СМАД 8. стронция ранелат 9. SCORE 	<p>Котенко, К. В. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с. : ил. - 560 с. - (Библиотека врача-специалиста) - ISBN 978-5-9704-5232-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452325.html</p>

<p>Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения. Рост 176, вес 90 кг (ИМТ 29,12 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные ритмичные АД 148/84 мм рт.ст. ЧСС 75 уд/мин. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Безболезненное. Стул не изменен. Костно-мышечная система: ограничение и болезненность при внутренней ротации тазобедренных суставов в согнутом положении. Болезненность при пальпации паховой области латеральнее места пульсации бедренной артерии. Результаты обследования С – реактивный белок – 5 мг/л СОЭ – 14 мм/час Рентгенологическое исследование костей таза Субхондральный склероз вертлужной впадины Множественные остеофиты по верхнему и нижнему краю вертлужной впадины Умеренное сужение суставной щели Вопросы: 1. Наиболее вероятным диагнозом является? 2. Какой стадии остеоартрита соответствуют данные рентгенологического исследования? 3. Пациентка имеет ИМТ 29,12 кг/м², что соответствует 4. Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать 5. С целью купирования боли пациентке следует назначить 6. Препаратом выбора из группы нестероидных противовоспалительных препаратов у данной пациентки является 7. Через месяц приема НПВП пациентке следует провести 8. К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия при остеоартрите относят 9. У всех лиц, отвечающих антропометрическим критериям</p>		
---	--	--

	<p>диагностики избыточного веса или ожирения, необходимо оценивать суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале</p>		
2	<p>Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику. Жалобы. Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки. Анамнез заболевания. 2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость. Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться. В связи с чем обратился к терапевту. Анамнез жизни. В детстве частые респираторные инфекции (4 – 5 в год). В 14 лет аппендэктомия, без осложнений. Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази. 1 – 2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина. При прохождении медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось. Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось. Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было. Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно. Спортом не занимается. Объективный статус. Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77 – 78 кг). Кожные покровы бледные, чисты. Слизистая стенок зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки</p>	<p>1. Нефротический 2. Хронический гломерулонефрит 3. ХБП-С1 4. госпитализация в нефрологический стационар 5. умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой 6. контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут 7. стероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина 8. гиповолемией и тяжелыми рефрактерными отеками 9. морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии 10. инфекций, тромбозов</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

<p>симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки. Слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. Диурез не измерял. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.</p> <p>Результаты лабораторных исследований.</p> <p>ОАМ</p> <table border="0"> <tr> <td>Параметры</td> <td>Значение</td> </tr> <tr> <td>Количество</td> <td>150 мл</td> </tr> <tr> <td>Цвет</td> <td>Соломенно-желтый</td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td>Прозрачная</td> </tr> <tr> <td>Реакция</td> <td>Кислая</td> </tr> <tr> <td>Удельная плотность</td> <td>1021</td> </tr> <tr> <td>Белок</td> <td>4,0 г/л</td> </tr> <tr> <td>Уробилин</td> <td>Отсутствует</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>1 – 2 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>0 – 1 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Цилиндры</td> <td>Гиалиновые</td> </tr> <tr> <td>Эпителий</td> <td>Отсутствует</td> </tr> <tr> <td>Бактерии</td> <td>Отсутствуют</td> </tr> <tr> <td>Слизь</td> <td>Немного</td> </tr> <tr> <td>Соли</td> <td>Отсутствуют</td> </tr> </table> <p>Биохимический анализ крови</p> <table border="0"> <tr> <td>Наименование</td> <td>Значение</td> <td>Единицы измерения</td> </tr> <tr> <td>Общий белок</td> <td>40</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Альбумин</td> <td>18</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевина</td> <td>5,0</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Креатинин</td> <td>75</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий</td> <td>6,5</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Триглицериды</td> <td>2,2</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин общий</td> <td>10,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин прямой</td> <td>1,6</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>АЛТ</td> <td>17</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>АСТ</td> <td>22</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевая кислота</td> <td>195</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>4,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>рСКФ (по CRD-TPI)</td> <td>126</td> <td>Мл/мин</td> </tr> </table>	Параметры	Значение	Количество	150 мл	Цвет	Соломенно-желтый	Прозрачность	Прозрачная	Реакция	Кислая	Удельная плотность	1021	Белок	4,0 г/л	Уробилин	Отсутствует	Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения	Эритроциты	0 – 1 в поле зрения	Цилиндры	Гиалиновые	Эпителий	Отсутствует	Бактерии	Отсутствуют	Слизь	Немного	Соли	Отсутствуют	Наименование	Значение	Единицы измерения	Общий белок	40	г/л	Альбумин	18	г/л	Мочевина	5,0	Ммоль/л	Креатинин	75	Ммоль/л	Холестерин общий	6,5	Ммоль/л	Триглицериды	2,2	Ммоль/л	Билирубин общий	10,1	Ммоль/л	Билирубин прямой	1,6	Ммоль/л	АЛТ	17	Ед/л	АСТ	22	Ед/л	Мочевая кислота	195	Ммоль/л	Глюкоза	4,1	Ммоль/л	рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин		
Параметры	Значение																																																																									
Количество	150 мл																																																																									
Цвет	Соломенно-желтый																																																																									
Прозрачность	Прозрачная																																																																									
Реакция	Кислая																																																																									
Удельная плотность	1021																																																																									
Белок	4,0 г/л																																																																									
Уробилин	Отсутствует																																																																									
Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения																																																																									
Эритроциты	0 – 1 в поле зрения																																																																									
Цилиндры	Гиалиновые																																																																									
Эпителий	Отсутствует																																																																									
Бактерии	Отсутствуют																																																																									
Слизь	Немного																																																																									
Соли	Отсутствуют																																																																									
Наименование	Значение	Единицы измерения																																																																								
Общий белок	40	г/л																																																																								
Альбумин	18	г/л																																																																								
Мочевина	5,0	Ммоль/л																																																																								
Креатинин	75	Ммоль/л																																																																								
Холестерин общий	6,5	Ммоль/л																																																																								
Триглицериды	2,2	Ммоль/л																																																																								
Билирубин общий	10,1	Ммоль/л																																																																								
Билирубин прямой	1,6	Ммоль/л																																																																								
АЛТ	17	Ед/л																																																																								
АСТ	22	Ед/л																																																																								
Мочевая кислота	195	Ммоль/л																																																																								
Глюкоза	4,1	Ммоль/л																																																																								
рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин																																																																								

<p>Результаты инструментальных методов исследования</p> <p>Ультразвуковое исследование почек.</p> <p>Правая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 121x61 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Левая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 118x62 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Интерпретируйте результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Ведущим синдромом у данного пациента является 2. Наиболее вероятный диагноз у пациента. 3. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП). 4. Оптимальной тактикой ведения данного пациента является. 5. Диета для данного больного должна предусматривать. 6. Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают 7. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются. 8. При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с 9. Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является 10. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием 		
---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
2	Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
3	Организация работы терапевтического стационара и дневного стационара.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
4	Должностные особенности медицинского персонала терапевтического отделения стационара и дневного стационара	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
5	Порядок оформления электронной карты амбулаторного больного	Поликлиническая

		терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
--	--	--

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Кровохарканье и легочное кровотечение может возникнуть при а) экссудативном плеврите б) абсцессе легкого в) муковисцидозе г) бронхиальной астме	б) абсцессе легкого	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
2	Самой частой причиной острого легочного сердца является а) спонтанный пневмоторакс б) пневмония в) бронхиальная астма г) тромбоэмболия легочной артерии	г) тромбоэмболия легочной артерии	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
3	Признаком перфорации язвы желудка является а) рвота кофейной гущей б) гиперперистальтика в) исчезновение или ослабление болей г) ригидность передней брюшной стенки	г) ригидность передней брюшной стенки	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465288.html
4	Среди спазмолитиков препаратом выбора для купирования болевого синдрома при обострении хронического бескаменного холецистита является а) отилония бромид (спазмомен) б) гимекромон (одестон) в) пинаверия бромид (дицетел) г) альверин (метеоспазмил)	б) гимекромон (одестон)	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.
5	При подозрении на острый холецистит наиболее информативным исследованием является: а) пероральная холецистография б) внутривенная холецистохолангиография в) ультразвуковое исследование желчных путей и желчного пузыря г) изотопное сканирование печени д) обзорная рентгенограмма брюшной полости	в) ультразвуковое исследование желчных путей и желчного пузыря	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465288.html
6	Абсолютным противопоказанием к тромболизису является а) ишемический инсульт любой давности б) артериальная гипертензия в) предполагаемое расслоение аорты г) острый коронарный синдром	в) предполагаемое расслоение аорты	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим

			доступа : по подписке.
7	<p>Длительность острейшего периода инфаркта миокарда</p> <p>а) до 6 часов б) до двух часов в) до 30 минут г) до 12 часов д) до 24 часов</p>	а) до 6 часов	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 112 уд. в 1 мин. <i>Анализ крови:</i> эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Нб - 140 г/л. При пальцевом исследовании кал <i>нормального цвета.</i></p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какое осложнение развилось у больного? 2. С чем связано исчезновение болей? 3. Как объяснить нормальные значения показателей анализа крови? 4. Какой кал будет через 1-2 суток? 5. Как подтвердить диагноз?</p>	<p>1. Острое желудочное кровотечение. 2. С тем, что соляная кислота связывается кровью. 3. Еще не наступила фаза гемодилюции. 4. Мелена. 5. Срочная ЭГДС.</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
2	<p>Больной 42 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приеме анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около</p>	<p>1. Тампонада сердца. 2. Парадоксальный пульс. 3. Острый экссудативный перикардит. 4. Маловероятно. 5. Пункция перикарда.</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

	<p>1,5 л мочи. Состояние ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада СМП.</p> <p><i>При осмотре:</i> состояние средней тяжести, в сознании. Лежит низко, голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, ритмичный. АД - 110/90 мм рт.ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт.ст. Печень +4 см, чувствительная при пальпации. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец Т во всех грудных отведениях сглажен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как оценить состояние кровообращения? 2. Как оценить снижение АД на вдохе? 3. Какова причина этих нарушений? 4. Имеется ли связь между приемом фуросемида и клиническим ухудшением? 5. Какой срочный метод лечения показан? 		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>
2	<p>Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме.</p>	<p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г) https://scardio.ru/content</p>

		/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf
3	Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение.	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf
4	Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
5	Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Бронхиальная астма» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/359_2

ПК – 1. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации населения и осуществлению диспансерного наблюдения при различных заболеваниях

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Наиболее значимым фактором риска ИБС является: а) употребление алкоголя б) артериальная гипертензия в) курение г) гиподинамия д) умеренное ожирение	б) артериальная гипертензия	Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf
2	АГ считают резистентной к лечению при отсутствии достижения целевых уровней АД при назначении	в) диуретика + двух препаратов других групп в адекватных	«Артериальная гипертензия» (РКО, 2020), одобренные

	<p>комбинации</p> <p>а) четырех групп антигипертензивных препаратов, из которых два являются тиазидными и петлевыми диуретиками</p> <p>б) трех групп антигипертензивных препаратов</p> <p>в) диуретика + двух препаратов других групп в адекватных дозировках + антагониста минералокортикоидных гормонов</p> <p>г) диуретика + ингибитора АПФ в течение трех месяцев терапии</p>	<p>дозировках + антагониста минералокортикоидных рецепторов</p>	<p>научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_odobrennye_nauchnoprakticheskim_sovetom_minzdrava_rf/</p>
3	<p>К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертензии относятся</p> <p>а) скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны более 10 м/сек и лодыжечно-плечевой индекс менее 0,9</p> <p>б) ХБП с рСКФ менее 30 мл/мин/1,73 м² или протеинурию более 300 мг в сутки</p> <p>в) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе</p> <p>г) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300 мг/г, 3,4-34 мг/ммоль)</p>	<p>б) ХБП с рСКФ менее 30 мл/мин/1,73 м² или протеинурию более 300 мг в сутки</p>	<p>«Артериальная гипертензия» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_odobrennye_nauchnoprakticheskim_sovetom_minzdrava_rf/</p>
4	<p>Среднему уровню суммарного сердечно-сосудистого риска фатальных осложнений в ближайшие 10 лет соответствует значение шкалы SCORE (%)</p> <p>а) 5-10</p> <p>б) 1-5</p> <p>в) более 10</p> <p>г) менее 1</p>	<p>б) 1-5</p>	<p>Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации. https://scardio.ru/content/Guidelines/5452-21174-1-PB.pdf</p>
5	<p>Для вторичной медикаментозной профилактики повторного инфаркта миокарда или внезапной смерти следует применять</p> <p>а) сердечные гликозиды</p> <p>б) нитраты</p> <p>в) антикоагулянты</p> <p>г) бета-блокаторы</p>	<p>г) бета-блокаторы</p>	<p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г) https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf</p> <p>Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020). https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_bST-unlocked.pdf</p>

6	К модифицируемым факторам риска развития атеросклероза относится а) мужской пол б) отягощенная наследственность в) сахарный диабет 2 типа г) возраст	в) сахарный диабет 2 типа	Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации. https://scardio.ru/content/Guidelines/5452-21174-1-PB.pdf
7	Наиболее характерным признаком нарушения липидного обмена при сахарном диабете является повышение уровня а) липопротеидов низкой плотности б) триглицеридов в) липопротеидов высокой плотности г) общего холестерина	б) триглицеридов	Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Нарушения липидного обмена» (2023) https://scardio.ru/content/Guidelines/KR_NLO_2023.pdf

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Мужчина 58 лет, работает экономистом. Наблюдается у кардиолога в поликлинике 8 месяцев с диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (передне-перегородочный инфаркт миокарда - по Q-wave от 12 июня 2019 г.). ХСН II А ст. (III ФК по NYHA). Принимает: аспирин, статины, бета-блокаторы, антагонисты кальция (амлодипин), иАПФ, диуретики - постоянно, нитроглицерин - 4 - 6 раз в неделю при физических нагрузках. В последние 3 недели, после стресса, отмечает инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке.</p> <p>Объективно: частота дыханий- 24 в 1 мин. В легких единичные влажные хрипы над нижними долями. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-62 в 1 мин. АД 130/ 82 мм.рт.ст. Печень - у края реберной дуги, на ногах отеков нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Терапию какими препаратами следует усилить? 2. Перечислите аспекты реабилитации пациента. 3. От чего зависит интенсивность рекомендуемой физической нагрузки? 4. От чего зависит срок временной нетрудоспособности? 5. У какого специалиста и как долго должен наблюдаться пациент? Объем обследования в первый год наблюдения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диуретики, ингибиторы АПФ. 2. Медикаментозный, физический, психологический, социальный. 3. От функционального класса коронарной и сердечной недостаточности. 4. От степени коронарной и сердечной недостаточности, сопутствующей патологии, условий труда. 5. У кардиолога – в течение 1 года, далее у участкового терапевта. Липидный профиль, калий, ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

2	<p>Женщина 48 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся при наклоне вниз, отеки на ногах, периодически дискомфорт в грудной клетке и сердцебиение, общую слабость, быструю утомляемость. Жалобы постепенно нарастали в течение 6 месяцев. Объективно: правильного телосложения. В легких влажные хрипы в нижних отделах, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин. Над верхушкой выслушивается грубый систоло-диастолической шум с преобладанием диастолического, иррадиирующий над всей областью сердца. Шум меняется по интенсивности в зависимости от положения тела. АД 150/ 90 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. На голених отеки. На ЭхоКГ - миксома левого предсердия 3,4 см x 3,2 см.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чем обусловлена аускультативная картина над областью сердца? Какой порок сердца она имитирует? 2. Какой стадии соответствует сердечная недостаточность? 3. Какова тактика врача? 4. Терапия на догоспитальном этапе (группы препаратов). 5. Каков прогноз при успешном оперативном лечении? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опухоль препятствует прохождению крови через предсердно-желудочковый клапан во время диастолы. Гемодинамика несколько подобна стенозу митрального клапана. 2. ХСН III ст. (IV ФК NYHA). 3. Госпитализация в кардиохирургическое отделение. 4. Лечение сердечной недостаточности - иАПФ (сартаны), диуретики, β-блокаторы, антагонисты альдостерона. Гипотензивная терапия - иАПФ, сартаны, антагонисты альдостерона. Антиаритмические препараты - β-блокаторы, недигидропиридиновые антагонисты кальция. 5. Благоприятный. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>
3	<p>Больная 33 года, воспитатель детского сада, обратилась к врачу-терапевту участковому. Жалобы</p> <p>Кратковременные коликообразные боли в правом подреберье после приема пищи и при эмоциональных перегрузках.</p> <p>Изредка утреннее ощущение тошноты.</p> <p>Появление горечи после употребления жирной или жареной пищи.</p> <p>Периодические эпизоды жидкого стула с примесью желчи.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>8 лет назад во время беременности появилась изжога, боли в правом подреберье после приема пищи. При УЗИ органов брюшной полости была обнаружена аномалия формы желчного пузыря с перегибом в теле, рекомендовано дробное питание с ограничением жиров и прием дротаверина. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дискинезия желчного пузыря 2. ультразвуковое сканирование органов брюшной полости 3. аномалия формы желчного пузыря 4. ультразвуковое исследование органов брюшной полости 5. отсутствию воспалительных изменений в анализе крови 6. миогенные спазмолитики 7. холеспазмолитиков 8. хроническим холециститом 9. дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4 часовыми интервалами между приемами пищи 10. сбалансированном регулярном питании 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html</p>

<p>последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином. Последнее УЗИ органов брюшной полости выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.</p> <p>Анамнез жизни Росла и развивалась нормально.</p> <p>Перенесенные заболевания: простудные, нижнедолевая пневмония 3 года назад, поверхностный гастрит.</p> <p>Наследственность: у отца – язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>Роды – 1, в течение 6 лет получает гормональные контрацептивы (Ярина, Джесс).</p> <p>Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда по типу крапивницы.</p> <p>Вредные привычки отрицает.</p> <p>Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, масса тела – 73 кг, индекс массы тела – 26,5 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от норма. Язык влажный с небольшим светлым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, в остальных отделах – безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.</p> <p>Результаты лабораторных методов исследования</p> <p>ОАК</p> <p>Показатели крови Обнаруженные значения</p> <p>Эритроциты, 10¹²/л 4,2 Гемоглобин, г/л 129 Цветной показатель 0,89 СОЭ, мм/ч 9 Тромбоциты, 10⁹/л 246 Лейкоциты, 10⁹/л 6,6 Нейтрофилы палочкоядерные, % 3 Нейтрофилы сегментоядерные, % 61 Эозинофилы, % 1 Базофилы, % 0 Лимфоциты, % 28 Моноциты, % 7</p> <p>Биохимический анализ крови</p> <p>Показатели крови Обнаруженные значения</p> <p>Билирубин общий, мкмоль/л 12,6 Билирубин прямой, мкмоль/л 1,7 АЛТ, Ед/л 32,0 АСТ, Ед/л 25,0</p> <p>Результаты инструментальных методов обследования</p>		
--	--	--

<p>УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N). Желчный пузырь расположен типично, размеры пузыря: 70*35 мм – в пределах нормы, имеет перегиб в области тела. Стенки его толщиной 2 мм, не уплотнены, содержимое гомогенное. Общий желчный проток не расширен, проходим, визуализируется на протяжении 2 см, диаметр его 4 мм.</p> <p>Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен.</p> <p>Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.</p> <p>Заключение: аномалия формы желчного пузыря.</p> <p>ЭЗОФАГОДУОДЕНОСКОПИЯ.</p> <p>Протокол ЭГДС.</p> <p>Пищевод свободно проходим, в просвете следы желчи, слизистая без особенностей, стенки эластичны, кардия смыкается не плотно. В просвете желудка неизменная желчь. Складки желудка хорошо расправляются воздухом, невысокие, гиперемированы по верхушкам. Слизистая без дефектов и новообразований, в антральном отделе с единичными участками атрофии. Угол желудка острый. Привратник проходим, приоткрыт. Дуоденогастральный рефлюкс. В просвете двенадцатиперстной кишки мутная желчь, явления катарального воспаления. Язвенных дефектов не выявлено. Большой дуоденальный сосочек без особенностей.</p> <p>Заключение: Недостаточность кардии. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Смешанный гастрит. Катаральный дуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс. Косвенные признаки дисфункции желчевыводящих путей.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какой диагноз основного заболевания можно поставить</p>		
---	--	--

	<p>пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований</p> <p>2. Скрининговым инструментальным исследованием для исключения холецистолитиаза является</p> <p>3. Немодифицируемым фактором риска дискинезии желчного пузыря у больной является</p> <p>4. Оптимальным скрининговым инструментальным методом контроля состояния билиарного тракта является</p> <p>5. О функциональном характере патологии желчевыводящих путей можно судить по</p> <p>6. Пациентам с дисфункцией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают</p> <p>7. При усилении диспепсических явлений пациентке могут быть назначены препараты из группы</p> <p>8. Дифференцировать дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с</p> <p>9. Основным принципом диетотерапии при дисфункции желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу является</p> <p>10. Принципы профилактики дисфункции желчевыводящих путей основаны на</p>		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта. Основные показатели эффективности диспансеризации.	<p>Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова. Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.</p>

		<p>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"</p>
2	<p>Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК</p>	<p>Приказ Минздрава РФ от 29.03.2019 N 173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».</p> <p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Бронхиальная астма» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/359_2</p>
3	<p>Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p>	<p>Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5087-1. - Текст : электронный // "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450871.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
4	<p>Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения.</p>	<p>Приказ Минздрава РФ от 29.03.2019 N 173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».</p> <p>Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических инфекционных</p>

		заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235
5	Профилактический медицинский осмотр: цели и задачи, условия и периодичность проведения, объем и виды обследований при профилактическом медицинском осмотре.	<p>Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова. Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.</p> <p>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"</p>

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

27. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61-75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
Удовлетворительно (3)	76– 90

- 76-90% Хорошо (4) - 91-100% Отлично (5)	91 – 100
--	----------

28. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	41. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	42. Знание алгоритма решения
	43. Уровень самостоятельного мышления
	44. Аргументированность решения
	45. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

29. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»
Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа
Формы контроля – рефераты

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б 1.Б.6.1	Заболевания сердечно-сосудистой системы	80
Б 1.Б.6.2	Заболевания органов дыхания	40
Б 1.Б.6.3	Заболевания ЖКТ	64
Б 1.Б.6.4	Заболевания почек и мочевыводящих путей	16
Б 1.Б.6.5	Гематологические симптомы и синдромы	20
Б 1.Б.6.6	Эндокринные заболевания	36
Б 1.Б.6.7	Заболевания суставов и костей	28
Б 1.Б.6.8	Профилактика ХНИЗ	24
Б 1.Б.6.9	Организация терапевтической помощи	8
Б 1.Б.6.10	Гериатрия	8

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p>Б 1.Б.6.1 Заболевания сердечно-сосудистой системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атеросклероз: клиническая картина атеросклероза различных локализаций, факторы риска, виды дислипидемий, диагностика. Современная терапия нарушений липидного обмена. 2. ИБС: современная классификация, диагностика стабильной ИБС, подходы к лечению (медикаментозная терапия, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020). 3. ОКС с подъемом сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ с подъемом сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов. 4. ОКС без подъема сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ без подъема сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов. 5. Артериальная гипертензия: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия с позиции Клинических рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. 6. Артериальная гипертензия при беременности: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия в период беременности и лактации с позиции клинических рекомендаций МЗ РФ, 2020. 7. Гипертонические кризы: классификация, неотложная терапия, показания
---	---

	<p>к госпитализации.</p> <p>8. ХСН: определение, классификация, диагностика. Современная терапия ХСН с позиции клинических рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов с ХСН.</p> <p>9. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).</p> <p>10. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.</p> <p>11. Фибрилляция предсердий: этиология, патогенез, классификация, факторы риска. Фармакологическая кардиоверсия: клиническая фармакология антиаритмических препаратов. Длительная антиаритмическая терапия: мониторируемые критерии эффективности и безопасности. Современные клинические рекомендации РКО и МЗ РФ, 2020г.</p> <p>12. Фибрилляция предсердий: тромбоземболические осложнения и их профилактика. Современная антикоагулянтная терапия (клинические рекомендации РКО и МЗ РФ, 2020): клиническая фармакология антикоагулянтов, применяемых при ФП, мониторируемые показатели эффективности и безопасности.</p> <p>13. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника, критерии диагноза с позиции доказательной медицины. Принципы антибактериальной терапии. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, схемы.</p> <p>14. Синкопальные состояния: причины, группы риска, неотложная помощь, тактика ведения пациентов с синкопе в анамнезе, диагностика, дифференциальная диагностика. (Клинические рекомендации ESC, 2018)</p> <p>15. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.</p> <p>16. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</p> <p>17. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки</p> <p>18. Приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность аортального клапана. Эпидемиология, клиника, диагностика, подходы к терапии. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация после оперативного лечения.</p> <p>19. Приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Эпидемиология, клиника, диагностика, подходы к терапии. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация после оперативного лечения.</p> <p>20. Легочная гипертензия: этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, подходы к терапии. Вопросы МСЭ.</p> <p>21. ТЭЛА: факторы риска, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика (первичная в группах риска, вторичная).</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Заболелания органов дыхания</p>	<p>22. ОРВИ: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия с позиции доказательной медицины.</p> <p>23. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противозидемические мероприятия.</p> <p>24. Тяжелые формы гриппа: клиника, диагностика, тактика ведения пациентов (клинические рекомендации Российского респираторного общества)</p> <p>25. Внебольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции доказательной медицины.</p> <p>26. Внутрибольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции доказательной медицины.</p> <p>27. ХОБЛ: этиология, патогенез, современная диагностика, дифференциальная диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций (GOLD-2019 и МЗ РФ, 2018), реабилитация. Вопросы МСЭ.</p> <p>28. Обострение ХОБЛ: этиология, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций, реабилитация.</p> <p>29. БА: этиология, патогенез, понятие о фенотипах, степени контроля над БА, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических. Вопросы МСЭ.</p>

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.3 Заболевания ЖКТ</p>	<p>30. Функциональная диспепсия: этиология, патогенез, алгоритм диагностики, дифференциальной диагностики, лечения с позиции доказательной медицины.</p> <p>31. ГЭРБ: понятие, этиология, патогенез, клиника (пищеводные, внепищеводные проявления), диагностика, современная терапия (клинические рекомендации РГА).</p> <p>32. Пищевод Баррета: этиология, патоморфология, клиника, диагностика, тактика ведения пациентов.</p> <p>33. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика (современные методы диагностики хеликобактерной инфекции), лечение (эрадикационная терапия – V Маастрихтское соглашение) – клиническая фармакология антисекреторных, антибактериальных препаратов.</p> <p>34. Синдром раздраженного кишечника: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.</p> <p>35. Нарушение микробиоты кишечника: современный взгляд на проблему, понятие, клиника, диагностика, современная диагностика, вопросы терапии.</p> <p>36. Антибиотик-ассоциированная диарея: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Лечение Clostridium difficile-ассоциированной болезни</p> <p>37. Воспалительные заболевания кишечника - болезнь Крона: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>38. Воспалительные заболевания кишечника – неспецифический язвенный колит: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>39. Дивертикулярная болезнь кишечника: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>40. Хронический запор у взрослых: понятие, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>41. НПВП-гастроэнтеропатия: понятие, группы риска, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>42. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство желчного пузыря: патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии.</p> <p>43. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство сфинктера Одди (билиарной, панкреатической порции): патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>44. Неалкогольная жировая болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>45. Алкогольная болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>46. Цирроз печени: этиология, патогенез, патоморфология, клиническая классификация, клинические и лабораторные синдромы, диагностика, синдромная терапия.</p> <p>47. ЖКБ: факторы риска, клиническая классификация, лечение на стадии билиарного сладжа, ведение пациентов после холецистэктомии (сроки, мониторируемые показатели, медикаментозная терапия).</p> <p>48. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, современная диагностика, лечение болевого синдрома и внешнесекреторной недостаточности с позиции доказательной медицины.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.4 Заболевания почек и мочевыводящих путей</p>	<p>49. Инфекции мочевыводящих путей: этиология, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение в позиции доказательной медицины.</p> <p>50. Мочекаменная болезнь: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.</p> <p>51. Острое почечное повреждение: понятие, факторы риска, клинико-лабораторная картина, лечение, профилактика.</p> <p>52. Хроническая болезнь почек: определение, факторы риска, диагностика, классификация, подходы к терапии, первичная и вторичная профилактика (Клинические рекомендации МЗ РФ, 2021).</p>

<p align="center">Б 1.Б.6.5 Гематологические заболевания и синдромы</p>	<p>53. Анемический синдром в практике врача-терапевта: дифференциальная диагностика. Макроцитарные (В12-дефицитная, фолиеводефицитная) анемии – этиология, группы риска, клинико-лабораторные синдромы, возможности современной лабораторной диагностики, подходы к терапии (клинические рекомендации МЗ РФ, 2021).</p> <p>54. Железодефицитные состояния (ЖДС) и железодефицитная анемия: факторы риска, клинико-лабораторные синдромы, современная диагностика, лечение, вторичная профилактика (клинические рекомендации МЗ РФ, 2021). ЖДС при беременности: тактика терапевта в прегравидарной подготовке, в период беременности.</p> <p>55. Тромбоцитопения: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика терапевта.</p> <p>56. Синдром лимфаденопатии в практике терапевта: этиология, алгоритм дифференциальной диагностики.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.6 Эндокринные заболевания</p>	<p>57. Сахарный диабет 2 типа: этиология, критерии диагностики, современная пероральная сахароснижающая терапия (цели, показания, противопоказания, критерии безопасности).</p> <p>58. Сахарный диабет 2 типа: современная инсулинотерапия (цели, показания, критерии безопасности), вопросы самоконтроля гликемии пациентом.</p> <p>59. Сахарный диабет 2 типа: микрососудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия), клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>60. Диабетическая полинейропатия: клиника, диагностика, подходы к терапии.</p> <p>61. Острые осложнения СД 2 типа: кетоацидотические, гипогликемические состояния – факторы риска, клиника, диагностика, неотложная помощь.</p> <p>62. Синдром гипотиреоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.</p> <p>63. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.7 Заболевания суставов и костей</p>	<p>64. Паранеопластические синдромы: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.</p> <p>65. Лихорадка неясного генеза: понятие, этиология, дифференциальная диагностика, современный алгоритм обследования.</p> <p>66. Остеoarтрит: понятие, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению, показания к хирургическому лечению. Возможности реабилитации.</p> <p>67. Подагра: диагностические критерии, клинические формы, современный алгоритм диагностики и лечения.</p> <p>68. Эпидемиология, патогенез, классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</p> <p>69. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>70. Анкилозирующий спондилоarтрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоarтрита. Лечение. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>71. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины.</p> <p>72. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>73. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</p> <p>74. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.</p> <p>75. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>76. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная,</p>

	<p>лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>77. Антифосфолипидный синдром: понятие, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.</p>
Б 1.Б.6.8 Профилактика ХИНЗ	<p>78. Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения.</p> <p>79. Гигиеническое воспитание и образование населения: методы и формы.</p> <p>80. Школы здоровья для пациентов: образовательные технологии, методы организации и проведения обучения.</p> <p>81. Профилактический медицинский осмотр: цели и задачи, условия и периодичность проведения, объем и виды обследований при профилактическом медицинском осмотре.</p>
Б 1.Б.6.9 Организация терапевтической помощи	<p>82. Временная нетрудоспособность, её виды.</p> <p>83. Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение.</p> <p>84. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p> <p>85. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта. Основные показатели эффективности диспансеризации.</p> <p>86. Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача.</p> <p>87. Функции КЭК ЛПУ</p> <p>88. Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования.</p> <p>89. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС.</p> <p>90. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности</p> <p>91. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ.</p> <p>92. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях.</p> <p>93. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Краткая характеристика. Отличие от МКБ. Оценка состояний функций по функциональным классам.</p> <p>94. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при ОНМК.</p> <p>95. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при артериальной гипертензии.</p> <p>96. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС.</p> <p>97. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности</p> <p>98. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ.</p> <p>99. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях.</p> <p>100. Реабилитация больных с суставным синдромом. Этапы реабилитации. Принципы реабилитации. Показания и противопоказания для реабилитации больных с суставным синдромом.</p> <p>101. Реабилитация онкологических больных. Этапы реабилитации. Особенности проведения реабилитационных мероприятий у онкологических больных. Периоды реабилитации.</p> <p>102. Методы и средства медицинской реабилитации, применяемые при сахарном диабете и его осложнениях.</p>
Б 1.Б.6.10 Гериатрия	<p>103. Возрастная классификация по ВОЗ.</p> <p>104. Особенности здоровья населения пожилого и старческого возраста и методы его изучения.</p> <p>105. Представления о физиологическом, преждевременном, патологическом старении. Сосудистый возраст.</p> <p>106. Социальная активность пожилого человека в трудовой, общественно-политической, семейно-бытовой, культурно-массовой сферах жизнедеятельности.</p> <p>107. Адаптационные возможности организма при старении.</p>

	<p>108. Рациональное питание пожилого человека.</p> <p>109. Диспансеризация пациентов пожилого возраста: нормативные документы, организация, показатели, критерии эффективности.</p> <p>110. Проблема жестокого обращения с пожилыми.</p>
--	---

Темы рефератов:

<p>Б 1.Б.6.1 Заболелания сердечно- сосудистой системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 2. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения. 3. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 4. ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 5. Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 6. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда. 7. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме. 8. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение. 9. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация ХСН. Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций. 10. Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 11. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины. 12. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 13. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с
--	---

	<p>СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ. Рефрактерная АГ.</p> <p>14. Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения.</p> <p>15. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>16. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>17. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины.</p> <p>18. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>19. Перикардиты: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.</p> <p>20. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).</p> <p>21. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Выбор антиаритмических препаратов при «злокачественных» нарушениях ритма и проводимости. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.</p> <p>22. Лечение фибрилляции предсердий: антиаритмическая терапия и профилактика тромбоэмболических осложнений. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.</p> <p>23. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца.</p> <p>24. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.</p> <p>25. Легочная гипертензия: понятие, классификация, группы риска, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Заболевания органов дыхания</p>	<p>26. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Критерии диагноза пневмонии.</p> <p>27. Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии.</p> <p>28. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.</p> <p>29. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных, перенесших пневмонию. Реабилитация.</p> <p>30. Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений.</p> <p>31. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия¹</p> <p>32. ОРВИ, грипп. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.</p> <p>33. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания. Современная терапия. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.</p> <p>34. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии обострений ХОБЛ. Профилактика, реабилитация.</p> <p>35. Лечение больных ХОБЛ: снижение влияния факторов риска, образовательные программы, лечение при стабильном состоянии, лечение обострения, обоснование выбора препаратов и краткая их характеристика.</p> <p>36. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания.</p>

	<p>37. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.</p> <p>38. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы.</p> <p>39. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>40. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.</p> <p>41. Вакцинопрофилактика новой коронавирусной инфекции: показания, противопоказания, вакцинные препараты, порядок вакцинации, ревакцинации, вакцинация особых групп пациентов.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Заболевания ЖКТ</p>	<p>42. Функциональная (неязвенная) диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных.</p> <p>43. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>44. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.</p> <p>45. Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины. Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Диспансерное наблюдение.</p> <p>46. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.</p> <p>47. Хронический панкреатит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>48. Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике. Факторы риска. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>49. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.</p> <p>50. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.</p> <p>51. Антибиотик-ассоциированная диарея: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Современная терапия.</p> <p>52. НАЖБП: понятие, факторы риска, патогенез, современные подходы к лечению и профилактике.</p> <p>53. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинико-лабораторные синдромы при ЦП, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>54. Цирроз печени: лечение, показания к госпитализации. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>55. ЖКБ: современные представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>56. Функциональные билиарные расстройства желчного пузыря: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>57. Функциональные билиарные расстройства сфинктера Одди: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>58. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: понятие, факторы риска, патогенез, современные подходы к лечению и профилактике.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Заболевания почек и мочевыводящих путей</p>	<p>59. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>60. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>

	<p>61. Острый и хронический пиелонефрит. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у беременных, пожилых, при коморбидной патологии. Лечение.</p> <p>62. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, стадии, клиника, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Гематологические заболевания и синдромы</p>	<p>63. Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>64. В₁₂, фолиево-дефицитные анемии. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>65. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.</p> <p>66. Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.</p> <p>67. Геморрагические васкулиты. Дифференциальный диагноз. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>68. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.</p> <p>69. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>70. Лейкемоидные реакции. Дифференциальный диагноз.</p> <p>71. Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>72. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>73. Хронический миелолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>74. Истинная полицитемия. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Эндокринные заболевания</p>	<p>75. Сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.</p> <p>76. СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиции доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обменов).</p> <p>77. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.</p> <p>78. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению.</p> <p>79. Современный алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>80. Классификация поздних хронических осложнений СД. Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.</p> <p>81. Современная классификация диабетической нефропатии. Принципы лечения ДН в соответствии с ее стадиями. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.</p> <p>82. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).</p> <p>83. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.</p> <p>84. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика, подходы к лечению.</p> <p>85. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика, тактика диагностики и лечения.</p> <p>86. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.</p> <p>87. Синдром диабетической стопы: классификация, клиника, диагностика, лечение.</p>

<p align="center">Б 1.Б.6.7 Заболевания суставов и костей</p>	<p>88. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</p> <p>89. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана, ВСД.</p> <p>90. Лечение ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.</p> <p>91. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.</p> <p>92. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита.</p> <p>93. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</p> <p>94. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитотоксического действия.</p> <p>95. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. 35. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.</p> <p>96. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины</p> <p>97. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины.</p> <p>98. Подагра. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.</p> <p>99. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</p> <p>100. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.</p> <p>101. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Осложнения фармакотерапии.</p> <p>102. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД.</p> <p>103. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.8 Профилактика ХИНЗ</p>	<p>104. Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения.</p> <p>105. Гигиеническое воспитание и образование населения: методы и формы.</p> <p>106. Школы здоровья для пациентов: образовательные технологии, методы организации и проведения обучения.</p> <p>107. Профилактический медицинский осмотр: цели и задачи, условия и периодичность проведения, объем и виды обследований при профилактическом медицинском осмотре.</p>
<p align="center">Б 1.Б.6.9 Организация терапевтической помощи</p>	<p>108. Временная нетрудоспособность, её виды.</p> <p>109. Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение.</p> <p>110. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p> <p>111. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта. Основные показатели эффективности диспансеризации.</p> <p>112. Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача.</p> <p>113. Функции КЭК ЛПУ</p> <p>114. Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования.</p> <p>115. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС.</p> <p>116. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности</p> <p>117. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ.</p> <p>118. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях.</p>

Б 1.Б.6.10 Гериятрия	119. Гериатрические синдромы: старческая астения (хрупкость) 120. Гериатрические синдромы: саркопения. 121. Гериатрические синдромы: падения. 122. Гериатрические синдромы: дегидратация и мальнутриция. 123. Пролежни: профилактика, принципы терапии

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Фонд оценочных средств по программе освоения дисциплины «Подготовка к ПСА»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Определение уровня D-димера в сыворотке крови применяется для диагностики а) феохромоцитомы	в) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)	Неотложные состояния в терапии : учебное

	<p>б) острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)</p> <p>в) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)</p> <p>г) инфаркта миокарда</p>		<p>пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>
2	<p>С какого уровня бронхов начинается респираторный отдел бронхиального дерева</p> <p>а) с дыхательных бронхиол</p> <p>б) с субсегментарных бронхов</p> <p>в) с альвеолярных ходов</p> <p>г) с альвеолярных мешочков</p> <p>д) с сегментарных бронхов</p>	<p>а) с дыхательных бронхиол</p>	<p>Ларина, В. Н. Клинические нормы. Терапия / В. Н. Ларина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6297-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462973.html</p>
3	<p>Образование мочевины в печени приводит к обезвреживанию и удалению</p> <p>а) фенола</p> <p>б) кетоновых тел</p> <p>в) холестерина</p> <p>г) аммиака</p>	<p>г) аммиака</p>	<p>Ларина, В. Н. Клинические нормы. Терапия / В. Н. Ларина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6297-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462973.html</p>
4	<p>К гипокалиемии приводит применение</p> <p>а) аммония хлорида</p> <p>б) спиронолактона</p> <p>в) триамтерена</p> <p>г) фуросемида</p>	<p>г) фуросемида</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

5	<p>Гипотоническим является раствор</p> <p>а) с содержанием калия, равным в плазме</p> <p>б) с большим содержанием натрия, чем в плазме</p> <p>в) с содержанием натрия, равным в плазме</p> <p>г) с меньшим содержанием натрия, чем в плазме</p>	г) с меньшим содержанием натрия, чем в плазме	<p>Веселов, С. В. Лекарственные препараты. Практикум для ординаторов клинических кафедр : учебное пособие / Веселов С. В., Колгина Н. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 216 с. - ISBN 978-5-9704-4665-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446652.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
6	<p>При надпочечниковой недостаточности согласно биохимическому анализу крови следует ожидать</p> <p>а) гипергликемию и гиперкалиемию</p> <p>б) гипокалиемию и гипергликемию</p> <p>в) гипернатриемию и гипокалиемию</p> <p>г) гиперкалиемию и гипонатриемию</p>	г) гиперкалиемию и гипонатриемию	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
7	<p>Гиповолемией называют снижение</p> <p>а) объема циркулирующей крови</p> <p>б) ударного объема сердца</p> <p>в) количества воды в клетках</p> <p>г) количества воды в межклеточном пространстве</p>	а) объема циркулирующей крови	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.</p> <p>Жалобы.</p>	<p>1. Нефротический</p> <p>2. Хронический гломерулонефрит</p>	Поликлиническая терапия : учебник / под

<p>Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.</p> <p>Анамнез заболевания.</p> <p>2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость. Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться. В связи с чем обратился к терапевту.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>В детстве частые респираторные инфекции (4 – 5 в год).</p> <p>В 14 лет аппендэктомия, без осложнений.</p> <p>Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази.</p> <p>1 – 2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина.</p> <p>При прохождении медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось.</p> <p>Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось.</p> <p>Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было.</p> <p>Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно. Спортом не занимается.</p> <p>Объективный статус.</p> <p>Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77 – 78 кг). Кожные покровы бледные, чисты. Слизистая стенок зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены.</p> <p>Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки. Слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочепускание безболезненное. Диурез не измерял.</p> <p>Поколачивание по поясничной области</p>	<p>3. ХБП-С1</p> <p>4. госпитализация в нефрологический стационар</p> <p>5. умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой</p> <p>6. контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут</p> <p>7. стероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина</p> <p>8. гиповолемией и тяжелыми рефрактерными отеками</p> <p>9. морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии</p> <p>10. инфекций, тромбозов</p>	<p>ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-PTK-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
---	---	--

<p>безболезненное с обеих сторон. Результаты лабораторных исследований. ОАМ</p> <table border="0"> <tr> <td>Параметры</td> <td>Значение</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Количество</td> <td>150 мл</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Цвет</td> <td>Соломенно-желтый</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td>Прозрачная</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Реакция</td> <td>Кислая</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Удельная плотность</td> <td>1021</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Белок</td> <td>4,0 г/л</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Уробилин</td> <td>Отсутствует</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>1 – 2 в поле зрения</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>0 – 1 в поле зрения</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Цилиндры</td> <td>Гиалиновые</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Эпителий</td> <td>Отсутствует</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Бактерии</td> <td>Отсутствуют</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Слизь</td> <td>Немного</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Соли</td> <td>Отсутствуют</td> <td></td> </tr> </table> <p>Биохимический анализ крови</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Наименование</th> <th>Значение</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Общий белок</td> <td>40</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Альбумин</td> <td>18</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевина</td> <td>5,0</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Креатинин</td> <td>75</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий</td> <td>6,5</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Триглицериды</td> <td>2,2</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин общий</td> <td>10,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин прямой</td> <td>1,6</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>АЛТ</td> <td>17</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>АСТ</td> <td>22</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевая кислота</td> <td>195</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>4,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>рСКФ (по CRD-TPI)</td> <td>126</td> <td>Мл/мин</td> </tr> </tbody> </table> <p>Результаты инструментальных методов исследования</p> <p>Ультразвуковое исследование почек.</p> <p>Правая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 121x61 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медулярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Левая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 118x62 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медулярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> Интерпретируйте результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Ведущим синдромом у данного пациента является Наиболее вероятный диагноз у пациента. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП). Оптимальной тактикой ведения данного пациента является. Диета для данного больного должна 	Параметры	Значение		Количество	150 мл		Цвет	Соломенно-желтый		Прозрачность	Прозрачная		Реакция	Кислая		Удельная плотность	1021		Белок	4,0 г/л		Уробилин	Отсутствует		Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения		Эритроциты	0 – 1 в поле зрения		Цилиндры	Гиалиновые		Эпителий	Отсутствует		Бактерии	Отсутствуют		Слизь	Немного		Соли	Отсутствуют		Наименование	Значение	Единицы измерения	Общий белок	40	г/л	Альбумин	18	г/л	Мочевина	5,0	Ммоль/л	Креатинин	75	Ммоль/л	Холестерин общий	6,5	Ммоль/л	Триглицериды	2,2	Ммоль/л	Билирубин общий	10,1	Ммоль/л	Билирубин прямой	1,6	Ммоль/л	АЛТ	17	Ед/л	АСТ	22	Ед/л	Мочевая кислота	195	Ммоль/л	Глюкоза	4,1	Ммоль/л	рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин		
Параметры	Значение																																																																																								
Количество	150 мл																																																																																								
Цвет	Соломенно-желтый																																																																																								
Прозрачность	Прозрачная																																																																																								
Реакция	Кислая																																																																																								
Удельная плотность	1021																																																																																								
Белок	4,0 г/л																																																																																								
Уробилин	Отсутствует																																																																																								
Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения																																																																																								
Эритроциты	0 – 1 в поле зрения																																																																																								
Цилиндры	Гиалиновые																																																																																								
Эпителий	Отсутствует																																																																																								
Бактерии	Отсутствуют																																																																																								
Слизь	Немного																																																																																								
Соли	Отсутствуют																																																																																								
Наименование	Значение	Единицы измерения																																																																																							
Общий белок	40	г/л																																																																																							
Альбумин	18	г/л																																																																																							
Мочевина	5,0	Ммоль/л																																																																																							
Креатинин	75	Ммоль/л																																																																																							
Холестерин общий	6,5	Ммоль/л																																																																																							
Триглицериды	2,2	Ммоль/л																																																																																							
Билирубин общий	10,1	Ммоль/л																																																																																							
Билирубин прямой	1,6	Ммоль/л																																																																																							
АЛТ	17	Ед/л																																																																																							
АСТ	22	Ед/л																																																																																							
Мочевая кислота	195	Ммоль/л																																																																																							
Глюкоза	4,1	Ммоль/л																																																																																							
рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин																																																																																							

	<p>предусматривать.</p> <p>6. Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают</p> <p>7. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются.</p> <p>8. При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с</p> <p>9. Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является</p> <p>10. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием</p>		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Аккредитация специалиста как необходимое условие допуска к профессиональной деятельности. Определение процедуры аккредитации, виды аккредитации.	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.
2	Регламентирующие документы: ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 69, ст. 100), Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 №709н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.
3	Регламентирующие документы: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 №1043н (ред. от 04.08.2020) «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное	Оценка профессиональной готовности специалистов в

	образование и подлежащих аккредитации специалистов», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 №1082н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста».	системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.
4	Этапы первичной специализированной аккредитации, их содержание (тестирование, оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.
5	Положение об аккредитации специалистов (приказ Минздрава России от 28.10.2022 №709н): основные сведения об аккредитации, подача документов, проведение аккредитации, формирование и организация работы ЦАК и АК, апелляции.	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в Российской Федерации, является:</p> <p>а) Гражданский кодекс РФ б) Кодекс законов о труде в) Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д) Закон РСФСР от 29.07.71 г. «О здравоохранении»</p>	г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
2	<p>Врачебная тактика при впервые возникшей стенокардии:</p> <p>а) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому б) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня в) плановая госпитализация (с предварительным лечением в амбулаторных условиях) г) экстренная госпитализация д) лечение в условиях дневного стационара поликлиники</p>	г) экстренная госпитализация	Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3	<p>Легочный компонент, поражение внутригрудных лимфатических узлов и связующая их зона туберкулезного лимфангита характерны для</p> <p>а) диссеминированного туберкулеза б) первичного туберкулезного комплекса в) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов г) очагового туберкулеза</p>	б) первичного туберкулезного комплекса	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
4	<p>Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):</p> <p>а. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку б. непрямой массаж сердца; режим - 2</p>	б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;	Алгоритмы выполнения практических навыков врача : учебное пособие / И. О. Бугаева, А. В. Кулигин, З. З. Балкизов, Е. П.

<p>дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;</p> <p>в. непрямого массажа сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку</p> <p>г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямого массажа сердца;</p> <p>д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку</p> <p>е. непрямого массажа сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"</p>		<p>Матвеева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6341-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970463413.html</p> <p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-</p>
---	--	---

		9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке
--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациент Н. 42 лет, обратился к врачу-терапевту.</p> <p>Жалобы</p> <p>Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,40С.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,60С. Принимал аспирин. Затем боли, связанные с дыханием, прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранялся непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,60С. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>Хроническими заболеваниями не болеет</p> <p>Профессиональных вредностей не имел.</p> <p>Аллергологический анамнез спокойный.</p> <p>Не курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 0С. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. в минуту, ритмичный. АД 115/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии над легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с кривой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое</p>	<ol style="list-style-type: none"> Плевральный выпот справа при состояниях, классифицированных в других рубриках межреберье, определенном под рентгенологическим и УЗИ контролем линии, определенной под рентгенологическим и УЗИ контролем застойной сердечной недостаточностью поступлением жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью злокачественных новообразованиях легких и плевры 1 литра лечение основного заболевания, приведшего к развитию плеврального выпота биохимическое исследование белка в плевральном выпоте к белку в плазме крови более 0,5 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-РТК-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>

	<p>дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>10*10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>СОЭ</td> <td>21 мм/час</td> </tr> </table> <p>БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Общий белок</td> <td>78 г/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>6,0 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛДГ</td> <td>165 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Амилаза</td> <td>60 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>С-реактивный белок</td> <td>45 Ед/л</td> </tr> </table> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОГК</p> <p>На рентгенограмме органов грудной клетки имеется однородное, гомогенное затемнение в нижних отделах правой половины грудной клетки с верхней косой границей на уровне передних отрезков V ребра.</p> <p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>При УЗИ-исследовании в правой плевральной полости у больного выявлено наличие жидкости с косой границей на уровне V ребра.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз. 2. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует в 3. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует по 4. Чаще всего появление трансsudата обусловлено 5. Появление экссудата обусловлено 6. Экссудат чаще всего развивается при 7. Не рекомендуется удалять за один раз более _____ жидкости 8. Ведущим принципом терапии больного с плевральным выпотом является 9. Для получения данных о генез процесса, приведшего к развитию выпота, проводят _____ плевральной жидкости 10. В общепринятых критериях Лайта биохимическим маркером для разграничения экссудата от трансsudата считают отношение 	Показатель	Результат	Лейкоциты	10*10 ⁹ /л	Нейтрофилы палочкоядерные	10%	Нейтрофилы сегментоядерные	67%	Лимфоциты	12%	Моноциты	11%	СОЭ	21 мм/час	Показатель	Результат	Общий белок	78 г/л	Глюкоза	6,0 ммоль/л	ЛДГ	165 Ед/л	Амилаза	60 Ед/л	С-реактивный белок	45 Ед/л		
Показатель	Результат																												
Лейкоциты	10*10 ⁹ /л																												
Нейтрофилы палочкоядерные	10%																												
Нейтрофилы сегментоядерные	67%																												
Лимфоциты	12%																												
Моноциты	11%																												
СОЭ	21 мм/час																												
Показатель	Результат																												
Общий белок	78 г/л																												
Глюкоза	6,0 ммоль/л																												
ЛДГ	165 Ед/л																												
Амилаза	60 Ед/л																												
С-реактивный белок	45 Ед/л																												
2	<p>Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную,</p>	1. Анализ параклинических методов исследования	Поликлиническая терапия : учебник / под																										

<p>загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился атенололом, арифеном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина.</p> <p>Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; РН- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п /з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевина 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л. На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинге исследования во время ходьбы - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования. 2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выявленных синдромов. 3. Какие дополнительные методы 	<p>позволяет заключить: суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в переднебоковой стеке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы; доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения; биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности, а также мочевины и креатинина; общий анализ крови без отклонений от нормы.</p> <p>2. Клинические синдромы: стенокардии; артериальной гипертензии; нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы); атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии.</p> <p>Предварительный диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, инсулинонезависимый, синдром Киммельстил-Уилсона. Дислипидемия.</p> <p>3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро- и аортографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аорто-коронарное шунтирование, баллонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).</p> <p>4. Лечение в условиях круглосуточного стационара: ограничение двигательного режима,</p>	<p>ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-РТК-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
---	---	--

	<p>исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?.</p> <p>4. Назначьте лечение.</p> <p>5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту?</p>	<p>фраксипарин 0,3 мл 2 р/д п/к, эфокс лонг 50 мг 2 р/д, конкор 5 мг 1р/д, клопидогрел 1-й день 300мг 1 р/д, со 2-го дня 75 мг 1р/д (т.к. аспирин противопоказан).</p> <p>5. Санаторно-курортное лечение показано в местных санаториях, после перехода стенокардии в стабильную форму.</p>	
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p>
2	<p>Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме</p>	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>
3	<p>Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.</p>	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

		2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
--	--	--

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Синдром эмоционального выгорания является следствием: а) неуверенности в себе и повышенной ответственности б) избыточной впечатлительности в) профессиональной некомпетентности г) критики со стороны старших д) ограниченной ответственности	а) неуверенности в себе и повышенной ответственности	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
2	На протяжении фазы ориентации врач: а) наблюдает невербальное поведение больного б) решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному в) формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска) г) ставит диагноз д) сообщает диагноз	а) наблюдает невербальное поведение больного	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
3	Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием: а) ригидности б) агрессивности в) способности к эмпатии г) тревожности д) впечатлительности	а) ригидности	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html

			0465288.html
4	Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности, в условиях лечебного взаимодействия, называется: а) коммуникативной возможностью б) коммуникативной толерантностью в) коммуникативной компетентностью г) интерактивной толерантностью д) интерактивной компетентностью	г) интерактивной толерантностью	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
5	Поведение при аггравации характеризуется: а) преувеличением симптомов болезни б) уменьшением симптомов болезни в) не осознанием симптомов болезни г) сознательным изображением симптомов несуществующего заболевания д) скрыванием симптомов болезни	г) сознательным изображением симптомов несуществующего заболевания	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился ателололом, арифоном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина. Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легких	1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить: суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в переднебоковой стеке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы; доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения; биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности, а также мочевины и креатинина; общий анализ крови без отклонений от нормы. 2. Клинические синдромы:	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html

<p>систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; РН- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п /з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевина 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л. На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинге исследования во время ходьбы - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования. 2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выявленных синдромов. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?. 4. Назначьте лечение. 5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту? 	<p>стенокардии; артериальной гипертензии; нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы); атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии.</p> <p>Предварительный диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, инсулинонезависимый, синдром Киммельстил-Уилсона. Дислипидемия.</p> <p>3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро- и аортографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аорто-коронарное шунтирование, баллонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).</p> <p>4. Лечение в условиях круглосуточного стационара: ограничение двигательного режима, фраксипарин 0,3 мл 2 р/д п/к, эфоке лонг 50 мг 2 р/д, конкор 5 мг 1р/д, клопидогрел 1-й день 300мг 1 р/д, со 2-го дня 75 мг 1р/д (т.к. аспирин противопоказан).</p> <p>5. Санаторно-курортное лечение показано в местных санаториях, после перехода стенокардии в стабильную форму.</p>	
--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. -

		ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html
2	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
3	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке

ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	В преагональном состоянии артериальное давление составляет: а) 60/20 мм рт.ст. б) 40/0 мм рт.ст. в) не определяется г) 80/40 мм рт.ст. д) 90/45 мм рт.ст.	а) 60/20 мм рт.ст.	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные

			руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
2	Для кетоацидотической комы характерно: а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз б. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация в. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность г. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы	а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
3	Основным признаком коматозного состояния является: а. угнетение гемодинамики б. угнетение дыхания в. угнетение центральной нервной системы г. угнетение периферической нервной системы	в. угнетение центральной нервной системы	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
4	Появление гипоксемии у больного с астматическим статусом связано с: а. локальной гиповентиляцией вследствие обструкции отдельных бронхиол и бронхоспазма б. уменьшение концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе в. развитием прямого (истинного) шунтирования крови в малом круге кровообращения г. нарушением диффузии кислорода	а. локальной гиповентиляцией вследствие обструкции отдельных бронхиол и бронхоспазма	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные

	через альвеолярно-капиллярную мембрану		руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
5	Парадоксальное дыхание возникает при а. гемотораксе б. астматическом статусе в. полной обструкции одного из главных бронхов г. открытом пневмотораксе	г. открытом пневмотораксе	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
6	Кашель с обильной пенистой мокротой характерен для а. острого респираторного дистресс-синдрома б. крупозной пневмонии в. кардиогенного отека легких г. астматического статуса	в. кардиогенного отека легких	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
7	Причиной гипоксемической дыхательной недостаточности является а. респираторный дистресс-синдром б. синдром парадоксального дыхания в. релаксация диафрагмы г. астматический статус	а. респираторный дистресс-синдром	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные

		руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациент Н. 42 лет, обратился к врачу-терапевту.</p> <p>Жалобы</p> <p>Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,40С.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,60С. Принимал аспирин. Затем боли, связанные с дыханием, прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранялся непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,60С. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>Хроническими заболеваниями не болеет</p> <p>Профессиональных вредностей не имел.</p> <p>Аллергологический анамнез спокойный.</p> <p>Не курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 0С. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. в минуту, ритмичный. АД 115/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии над легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с кривой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое</p>	<ol style="list-style-type: none"> Плевральный выпот справа при состояниях, классифицированных в других рубриках межреберье, определенном под рентгенологическим и УЗИ контролем линии, определенной под рентгенологическим и УЗИ контролем застойной сердечной недостаточностью поступлением жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью злокачественных новообразованиях легких и плевры 1 литра лечение основного заболевания, приведшего к развитию плеврального выпота биохимическое исследование белка в плевральном выпоте к белку в плазме крови более 0,5 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

	<p>дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>10*10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>СОЭ</td> <td>21 мм/час</td> </tr> </table> <p>БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Общий белок</td> <td>78 г/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>6,0 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛДГ</td> <td>165 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Амилаза</td> <td>60 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>С-реактивный белок</td> <td>45 Ед/л</td> </tr> </table> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОГК</p> <p>На рентгенограмме органов грудной клетки имеется однородное, гомогенное затемнение в нижних отделах правой половины грудной клетки с верхней кривой границей на уровне передних отростков V ребра.</p> <p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>При УЗИ-исследовании в правой плевральной полости у больного выявлено наличие жидкости с кривой границей на уровне V ребра.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз. 2. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует в 3. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует по 4. Чаще всего появление трансудата обусловлено 5. Появление экссудата обусловлено 6. Экссудат чаще всего развивается при 7. Не рекомендуется удалять за один раз более _____ жидкости 8. Ведущим принципом терапии больного с плевральным выпотом является 9. Для получения данных о генез процесса, приведшего к развитию выпота, проводят _____ плевральной жидкости 10. В общепринятых критериях Лайта биохимическим маркером для разграничения экссудата от трансудата считают отношение 	Показатель	Результат	Лейкоциты	10*10 ⁹ /л	Нейтрофилы палочкоядерные	10%	Нейтрофилы сегментоядерные	67%	Лимфоциты	12%	Моноциты	11%	СОЭ	21 мм/час	Показатель	Результат	Общий белок	78 г/л	Глюкоза	6,0 ммоль/л	ЛДГ	165 Ед/л	Амилаза	60 Ед/л	С-реактивный белок	45 Ед/л		
Показатель	Результат																												
Лейкоциты	10*10 ⁹ /л																												
Нейтрофилы палочкоядерные	10%																												
Нейтрофилы сегментоядерные	67%																												
Лимфоциты	12%																												
Моноциты	11%																												
СОЭ	21 мм/час																												
Показатель	Результат																												
Общий белок	78 г/л																												
Глюкоза	6,0 ммоль/л																												
ЛДГ	165 Ед/л																												
Амилаза	60 Ед/л																												
С-реактивный белок	45 Ед/л																												
2	<p>Больная 32 лет. В течение нескольких лет беспокоят боли, ощущения вздутия и</p>	<p>1. Хронический энтероколит. Возможен</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под</p>																										

	<p>распирания в животе, чередование запоров с поносами, иногда с выделением слизи. <i>Объективно:</i> язык обложен у корня белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в области пупка и по ходу толстого кишечника, плеск и урчание в области слепой кишки. Печень и селезенка не увеличены. <i>Анализ крови:</i> Нв - 128 г/л, лейкоц. - $6,8 \times 10^9$/л, СОЭ - 12 мм/час. Вопросы: 1. Предварительный диагноз? 2. Перечислите необходимые исследования для подтверждения диагноза. 3. Лечебная тактика?</p>	<p>синдром раздраженного кишечника. 2. Колоноскопия, анализ кала. 3. Диета: стол №4. Спазмолитики.</p>	<p>ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrarу.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Тактика ведения больного при гипогликемии.	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>
2	Тактика ведения больного при гипергликемии.	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>
3	Тактика ведения больного при ЖКК.	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю.</p>

		Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
4	Тактика ведения больного при ОНМК.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает: а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара в. 4-5 таблеток глюкозы г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)	а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
2	При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение	г. правильный ответ 4	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш.

	<p>длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств;</p> <p>4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а. правильны ответы 1, 2 и 3;</p> <p>б. правильны ответы 1 и 3;</p> <p>в. правильны ответы 2 и 4;</p> <p>г. правильный ответ 4;</p> <p>д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>		<p>Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>
3	<p>При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнезию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а. правильны ответы 1, 2 и 3;</p> <p>б. правильны ответы 1 и 3;</p> <p>в. правильны ответы 2 и 4;</p> <p>г. правильный ответ 4;</p> <p>д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>	а. правильны ответы 1, 2 и 3	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>
4	<p>Пациенту с клиникой некупирующегося астматического статуса показан препарат</p> <p>а. беродуал</p> <p>б. преднизолон</p> <p>в. эуфиллин</p> <p>г. эпинефрин</p>	г. эпинефрин	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>
5	<p>Аллергические реакции чаще возникают при введении</p> <p>а. антибиотиков</p> <p>б. антиагрегантов</p> <p>в. антигистаминных препаратов</p>	а. антибиотиков	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш.</p>

	г. антикоагулянтов		Хубутя, А. Г. Мирощниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
6	Процесс свертывания крови замедляет а. ацетилсалициловая кислота б. прогестерон в. эпинефрин г. атропин	а. ацетилсалициловая кислота	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.
7	Симпатомиметиком, улучшающим почечный кровоток, является а. эфедрин б. допамин в. мезатон г. норадrenalин	б. допамин	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник																		
1	<p>Больной В. 70 лет обратился к участковому – терапевту по месту жительства.</p> <p>Жалобы на</p> <ul style="list-style-type: none"> - горечь во рту, - отрыжку воздухом, - слабость, - головокружение. <p>Анамнез заболевания</p> <p>Со слов больного, жалобы на горечь во рту, отрыжку воздухом беспокоят в течение последних 2-3 лет. Жалобы на головокружение, слабость, усиливающиеся после ходьбы, присоединились в последний год. По данным предыдущих обследований в клиническом анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 73 г/л.</p> <p>Анамнез жизни</p> <p>Больной родился в 1948 г. в Москве. В настоящее время пенсионер. Всю жизнь работал учителем математики в школе.</p> <p>Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Аллергологический анамнез не отягощен. Инфекционные болезни ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает.</p> <p>Наследственный анамнез: отец умер в 73 года, мать – в 78. Причины смерти назвать не может.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние относительно удовлетворительное. Рост – 175 см, масса тела – 69 кг, ИМТ = 22,5 кг/м², температура тела – 36,50С. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – дыхание везикулярное с жестким оттенком, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, легкий систолический шум на верхушке, ЧСС – 78 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. При осмотре обращает внимание. Высокое стояние купола диафрагмы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Эритроциты (RBC), *10¹²/л</td> <td>4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5</td> <td>3,98 М</td> </tr> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>72</td> <td>М 130 – 160 Ж 120 – 140</td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель (ЦП)</td> <td>0,47</td> <td>0,8 – 1,0</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), *10⁹/л</td> <td>253</td> <td>180 – 320</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), *10⁹/л</td> <td>6,78</td> <td>4 – 9</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Нормы	Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5	3,98 М	Гемоглобин (Hb), г/л	72	М 130 – 160 Ж 120 – 140	Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0	Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	253	180 – 320	Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	6,78	4 – 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит. Дуоденит. 2. Железодефицитная анемия, среднетяжелого течения. 3. избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна 4. ингибиторов протонной помпы 5. 200; 1 6. 1-3 7. 7-10 8. за 30 мин до еды 9. фортификация 10. IIIб 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-PTK-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrarу.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
Показатель	Результат	Нормы																			
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5	3,98 М																			
Гемоглобин (Hb), г/л	72	М 130 – 160 Ж 120 – 140																			
Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0																			
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	253	180 – 320																			
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	6,78	4 – 9																			

Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3,1	1 – 6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	65,2	47 – 72
Эозинофилы, %	4	1 – 5
Базофилы, %	0	0 – 1
Лимфоциты, %	21,1	19 – 37
Моноциты, %	6,6	2 – 10
СОЭ, мм/ч	7	М 2 – 10 Ж 2 – 15
Биохимический анализ крови		
Показатель	Результат	Нормы
Общий белок, г/л	71,8	65 – 85
Креатинин, мг/дл	1,1	0,7 – 1,3
Азот мочевины, мг/дл	5,4	3,2 – 8,2
Общий билирубин, мг/дл	19,7	5 – 21
Холестерин общий, ммоль/л	4,64	3,55 – 6,47
Щелочная фосфатаза, Ед/л	122	53 – 128
Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л	41	7 – 42
АсАТ, Ед/л	18	0 – 34
АлАТ, Ед/л	17	5 – 49
Глюкоза, ммоль/л	5,6	4,0 – 6,1
Сывороточные показатели железа		
Показатель	Результат	Нормы
Fe, мкмоль/л	7,2	12,5 – 32,2
Ферритин, мкг/л	15,4	60 – 150
ОЖСС, мкмоль/л	77,9	<69
РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ		
ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ		
Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода гиперемирована. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая с наличием заэпитализированных эрозий. Быстрый уреазный через 15 мин – отрицательный. Взята биопсия из залуковичного отдела 12 ПК. По результатам морфологического исследования отмечены хронический слабовыраженный неактивный бульбит и дуоденит.		
УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ		
Печень обычно расположена, не увеличена (правая доля 138 мм, левая доля 56 мм, хвостатая доля 20 мм), контуры ровные, четкие, паренхима средней эхогенности, однородной структуры, сосудистый рисунок сохранен, внутripеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена до 8 мм, диаметр НПВ до 12 мм. Желчный пузырь в поперечнике 37 мм, просвет гомогенный, стенки не утолщены, гепатико-холедох не расширен. Поджелудочная железа нормальных размеров, паренхима средней эхогенности, однородно структуры, селезеночная вена не расширена, 5 мм. Селезенка не увеличена, 98x38 мм, контуры ровные, четкие, паренхима однородной		

<p>- кашель с небольшим количеством мокроты - боль слева в подлопаточной области, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании - общую слабость - снижение аппетита. Анамнез заболевания Заболел остро 2 дня назад после переохлаждения, когда внезапно появился озноб, повысилась температура тела до 39,0С, присоединился кашель, сначала сухой, затем с отделением небольшого количества мокроты. Свое состояние расценил как «простуду» и самостоятельно принимал жаропонижающие препараты («Колдрекс») и аскорбиновую кислоту 1 г в день. На фоне проводимой терапии сохранялась температура, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, появилась одышка, пациент вызвал СМП. В связи с тяжестью состояния был доставлен в приемный покой стационара. Анамнез жизни Рос и развивался согласно возрасту Работает электриком, профессиональные вредности отрицает Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в 30 летнем возрасте Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка, у матери – гипертоническая болезнь Аллергоанамнез: неотягощен Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко Объективный статус Общее состояние относительно средней тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост – 180 см, вес 78 кг. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Температура 39,10С. Грудная клетка конической формы, при осмотре выявлено отставание левой половины грудной клетки при глубоком дыхании. ЧДД – 26 в минуту. SatO₂ 91%. Слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. При аускультации слева, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС – 109 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9x8x7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p>	<p>более одного месяца 3. эмпиема плевры 4. бактериальную инфекцию 5. аспирационную 6. пневмококк 7. уровень креатинина крови 8. амоксициллин/клавуланат в/в 9. снижение температуры тела ≤37,0С через 48-72 часа после начала приема антибиотика 10. ацетилцистеин</p>	<p>1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-PTK-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
--	---	--

<p>ОАК</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Значение</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>146</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Гематокрит (HCT), %</td> <td>44</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Эритроциты (RBC), 10¹²/л</td> <td>4,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель</td> <td>0,98</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>85</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35,3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ретикулоциты (RET), %0</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), *10⁹/л</td> <td>240,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), *10⁹/л</td> <td>13,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Лейкоцитарная формула</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные, %</td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные, %</td> <td>70</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, %</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Базофилы, %</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, %</td> <td>20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Моноциты, %</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>СОЭ, мм/ч</td> <td>24</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PaO₂ – 79 мм рт.ст.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ И ЛЕВОЙ БОКОВОЙ ПРОЕКЦИЯХ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">На рентгенограмме определяется интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли левого легкого. Утолщение плевры в области передне-диафрагмального синуса</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Вопросы:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1. Какой диагноз можно поставить данному больному?</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2. Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. К осложнениям внебольничной пневмонии относится</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. К этиологическим факторам пневмонии относят</td> </tr> <tr> <td colspan="3">5. К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят</td> </tr> <tr> <td colspan="3">6. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии является</td> </tr> <tr> <td colspan="3">7. К критериям, для определения тяжести пневмонии, относится</td> </tr> <tr> <td colspan="3">8. К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для</td> </tr> </table>	Показатель	Значение		Гемоглобин (Hb), г/л	146		Гематокрит (HCT), %	44		Эритроциты (RBC), 10 ¹² /л	4,9		Цветовой показатель	0,98		Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)				85		Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)				31		Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл				35,3		Ретикулоциты (RET), %0	3		Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	240,0		Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	13,9		Лейкоцитарная формула			Нейтрофилы палочкоядерные, %	7		Нейтрофилы сегментоядерные, %	70		Эозинофилы, %	1		Базофилы, %	0		Лимфоциты, %	20		Моноциты, %	2		СОЭ, мм/ч	24		ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ			PaO ₂ – 79 мм рт.ст.			РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ			РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ И ЛЕВОЙ БОКОВОЙ ПРОЕКЦИЯХ			На рентгенограмме определяется интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли левого легкого. Утолщение плевры в области передне-диафрагмального синуса			Вопросы:			1. Какой диагноз можно поставить данному больному?			2. Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является			3. К осложнениям внебольничной пневмонии относится			4. К этиологическим факторам пневмонии относят			5. К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят			6. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии является			7. К критериям, для определения тяжести пневмонии, относится			8. К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для				
Показатель	Значение																																																																																																													
Гемоглобин (Hb), г/л	146																																																																																																													
Гематокрит (HCT), %	44																																																																																																													
Эритроциты (RBC), 10 ¹² /л	4,9																																																																																																													
Цветовой показатель	0,98																																																																																																													
Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)																																																																																																														
	85																																																																																																													
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)																																																																																																														
	31																																																																																																													
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл																																																																																																														
	35,3																																																																																																													
Ретикулоциты (RET), %0	3																																																																																																													
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	240,0																																																																																																													
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	13,9																																																																																																													
Лейкоцитарная формула																																																																																																														
Нейтрофилы палочкоядерные, %	7																																																																																																													
Нейтрофилы сегментоядерные, %	70																																																																																																													
Эозинофилы, %	1																																																																																																													
Базофилы, %	0																																																																																																													
Лимфоциты, %	20																																																																																																													
Моноциты, %	2																																																																																																													
СОЭ, мм/ч	24																																																																																																													
ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ																																																																																																														
PaO ₂ – 79 мм рт.ст.																																																																																																														
РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ																																																																																																														
РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ И ЛЕВОЙ БОКОВОЙ ПРОЕКЦИЯХ																																																																																																														
На рентгенограмме определяется интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли левого легкого. Утолщение плевры в области передне-диафрагмального синуса																																																																																																														
Вопросы:																																																																																																														
1. Какой диагноз можно поставить данному больному?																																																																																																														
2. Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является																																																																																																														
3. К осложнениям внебольничной пневмонии относится																																																																																																														
4. К этиологическим факторам пневмонии относят																																																																																																														
5. К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят																																																																																																														
6. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии является																																																																																																														
7. К критериям, для определения тяжести пневмонии, относится																																																																																																														
8. К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для																																																																																																														

	стартовой терапии в данной ситуации, относят 9. Критерием оценки эффективности антибактериальной терапии является 10. В качестве симптоматической терапии больному необходимо назначить		
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
2	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
3	Тактика ведения больного при ЖКК.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система.

		— URL: https://e.lanbook.com/book/13141
4	Тактика ведения больного при ОНМК.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач): а. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких; в. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца; д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку е. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"	б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;	Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный //

			<p>ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html. - Режим доступа : по подписке</p>
2	<p>Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:</p> <p>а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода</p> <p>б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта</p> <p>в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта</p> <p>г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей</p>	<p>в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra</p>

			<p>ry.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
3	<p>Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:</p> <p>а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях</p> <p>б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях</p> <p>в. запястьями, не сгибая рук в локтях</p> <p>г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях</p>	<p>в. запястьями, не сгибая рук в локтях</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М.</p>

			<p>Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
4	<p>Прекращение реанимационных мероприятий происходит при</p> <ul style="list-style-type: none"> а. появлении пульса на сонной артерии б. появлении судорог в. расширении зрачков г. появлении асистолии на мониторе 	<p>а. появлении пульса на сонной артерии</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк</p>

			<p>Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5- 9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
5.	<p>Неотложным мероприятием при острой надпочечниковой недостаточности считают а. терапию диуретиками и инсулином б. назначение диуретиков и тиреостатиков в. тиреостатическую терапию г. введение глюкокортикостероидов и глюкозы</p>	<p>г. введение глюкокортикостероидов и глюкозы</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426- 8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-</p>

			9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке
6.	Сердечно-легочная реанимация у взрослых начинается с проведения а. 3 искусственных вдохов б. 15 компрессий грудной клетки в. 5 искусственных вдохов г. 30 компрессий грудной клетки	г. 30 компрессий грудной клетки	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

		URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке
--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больная 60 лет. Поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение «ватных» ног. Больная в течение одного года. <i>При осмотре:</i> одутловатость лица, бледность кожи с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Дыхание везикулярное, тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Сосочки языка сглажены. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.</p> <p><i>Анализ крови:</i> Нб - 50 г/л, эр. - 2,2x10¹²/л, цв.пок.- 1,3, лейкоц. - 2,5x10⁹/л, эоз. - 1%, п/я - 4%, с/я - 38%, лимф. - 42%, мон. - 11%, тромб. - 70x10⁹/л, СОЭ - 40 мм/час, билирубин - 2,0 мг% (34 мкмоль/л), непрямой.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте гематологическую характеристику анемии.. 2. Чего не хватает в анализе крови? 3. Вероятный диагноз? 4. Что ожидается в миелограмме? 5. За каким показателем необходим контроль на 5-7 день лечения при назначении витамина В₁₂ 1000 мг/сут? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тяжелая, гиперхромная с панцитопенией. 2. Ретикулоцитов, морфологии эритроцитов, ядер нейтрофилов. 3. В₁₂-дефицитная анемия. 4. Мегалобластоз. 5. Определение ретикулоцитов. 	<p>Клинические рекомендации МЗ РФ «В12-дефицитная анемия» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/536_2</p> <p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Фолиеводефицитная анемия» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/540_2</p>
2	<p>Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 112 уд. в 1 мин. <i>Анализ крови:</i> эр. - 4,1 x 10¹²/л, Нб - 140 г/л. При пальцевом исследовании кал <i>нормального цвета.</i></p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое осложнение развилось у больного? 2. С чем связано исчезновение болей? 3. Как объяснить нормальные значения показателей анализа крови? 4. Какой кал будет через 1-2 суток? 5. Как подтвердить диагноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острое желудочное кровотечение. 2. С тем, что соляная кислота связывается кровью. 3. Еще не наступила фаза гемодилюции. 4. Мелена. 5. Срочная ЭГДС. 	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>
3	<p>Больной 42 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тампонада сердца. 2. Парадоксальный пульс. 	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю.</p>

<p>малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1,5 л мочи. Состояние ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада СМП.</p> <p><i>При осмотре:</i> состояние средней тяжести, в сознании. Лежит низко, голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, ритмичный. АД - 110/90 мм рт.ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт.ст. Печень +4 см, чувствительная при пальпации. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец Т во всех грудных отведениях сглажен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как оценить состояние кровообращения? 2. Как оценить снижение АД на вдохе? 3. Какова причина этих нарушений? 4. Имеется ли связь между приемом фуросемида и клиническим ухудшением? 5. Какой срочный метод лечения показан? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Острый экссудативный перикардит. 4. Маловероятно. 5. Пункция перикарда. 	<p>Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>
--	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллиной И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL:</p>

		<p>https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html. - Режим доступа : по подписке</p>
2	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская</p>

		<p>помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
3	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П.</p>

		<p>Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
4	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN</p>

		<p>978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
5	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллиной И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутия, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

	<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
--	--

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б1Б.7.1	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	27
Б1Б.7.2	Экстренная медицинская помощь	27

Вопросы и задания для самоконтроля:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неотложная помощь при ОНМК 2. Неотложная помощь при гипогликемии 3. Неотложная помощь при гипергликемии 4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке 5. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок 6. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких 7. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК) 8. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на
--	---

	фоне бронхиальной астмы (БОС) 9. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) 10. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (обструктивный шок)
--	---

Перечень дискуссионных тем :

1. Техника проведения сердечно-легочной реанимации
--

Темы рефератов

<ol style="list-style-type: none"> 1. «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» 2. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в эндокринологии» 3. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в гастроэнтерологии». 4. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с бронхообструктивным синдромом на фоне бронхиальной астмы (БОС)» 5. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с ОКС». 6. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при спонтанном пневмотораксе» 7. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при ОНМК». 8. «Проведение искусственной вентиляции легких».
--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Об инфицировании населения туберкулезом можно судить по перечисленным ниже критериям, исключая</p> <p>а) обнаружение при секционном исследовании следов перенесенной ранее туберкулезной инфекции</p> <p>б) обнаружение на флюорограмме признаков перенесенного ранее туберкулеза</p> <p>в) положительная кожная проба с туберкулином</p> <p>г) обнаружение БК в мокроте</p>	г) обнаружение БК в мокроте	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>
2	<p>«Суперинфекция» при туберкулезе - это</p> <p>а) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм</p> <p>б) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования</p> <p>в) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем</p>	а) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>
3	<p>«Эндогенная реинфекция» - это</p> <p>а) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции</p> <p>б) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм</p> <p>в) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции</p>	а) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>
4	<p>К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление</p> <p>а) 100 заболевших на 100 000 населения</p> <p>б) 30-50 заболевших на 100 000 населения</p> <p>в) 20 заболевших на 100 000 населения</p>	а) 100 заболевших на 100 000 населения	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html
5	<p>«Случай туберкулеза», по критериям ВОЗ - это</p> <p>а) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него</p> <p>б) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах</p> <p>в) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом</p> <p>г) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии</p>	<p>г) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии</p>	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богдельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>
6	<p>Бактериовыделитель - это</p> <p>а) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом</p> <p>б) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз</p> <p>в) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования</p> <p>г) все перечисленные варианты</p>	<p>а) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом</p>	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богдельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>
7	<p>Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится</p> <p>а) врачом-терапевтом</p> <p>б) фтизиатром</p> <p>в) врачами-специалистами</p>	<p>а) врачом-терапевтом</p>	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богдельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Женщина, 37 лет, воспитатель детского сада. Заболевание выявлено при флюорографическом осмотре по поводу контакта с мужем, больным открытой формой туберкулеза. Активных жалоб не предъявляла, хотя отметила, что в последний месяц появилась слабость, потливость, понизилась трудоспособность. Туберкулезом ранее не болела.</p> <p>Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки над легочными полями определяется легочный звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям, хрипы не прослушиваются ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 в 1 мин. Ритмичный, удовлетворительного качества. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 4%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 18 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Без патологии.</p> <p>Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.</p> <p>Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (1+).</p> <p>Трахеобронхоскопия – без патологии.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 21 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 18 мм через 72 часа.</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> Опишите рентгенограмму. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. Укажите и обоснуйте длительность пребывания больной на больничном листе. 	<p>Ответы.</p> <ol style="list-style-type: none"> На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности. Клинический диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Диагноз поставлен на основании: появлении в последний месяц интоксикационного синдрома (слабость, потливость, понижение трудоспособности); наличие контакта с бактериовыделителем, изменений на рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.), гиперергических проб Манту и Диаскин-теста, обнаружении в промывных водах бронхов МБТ. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: неспецифической очаговой пневмонией, периферическими доброкачественными опухолями легких, периферическим раком легкого. Длительность пребывания пациентки на больничном листе до 12 месяцев, т.к. она относится к декретированным 	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>

		категориям населения (работник дошкольного учреждения).	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Возбудитель туберкулёза и его свойства.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
2	Источники, пути заражения туберкулёзом.	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
3	Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
4	Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулезом.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст :

		электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
5	Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится а) с 10-летнего возраста б) с 12-летнего возраста в) с 15-летнего возраста г) с 18-летнего возраста д) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией	в) с 15-летнего возраста	Бородулина, Е. А. Лучевая диагностика туберкулеза легких : учебное пособие / Бородулина Е. А. , Бородулин Б. Е. , Кузнецова А. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с. - ISBN 978-5-9704-5991-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459911.html . - Режим доступа : по подписке
2	Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно	б) флюорографическим методом исследования	Бородулина, Е. А. Лучевая диагностика туберкулеза легких : учебное пособие / Бородулина Е. А. , Бородулин Б. Е. ,

	<p>а) клиническим методом исследования</p> <p>б) флюорографическим методом исследования</p> <p>в) лабораторным методом исследования</p>		<p>Кузнецова А. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с. - ISBN 978-5-9704-5991-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459911.html. - Режим доступа : по подписке</p>
3	<p>При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило</p> <p>а) имеется полное соответствие</p> <p>б) нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата</p> <p>в) нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны</p>	<p>в) нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны</p>	<p>Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html</p>
4	<p>Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физических методов исследования, протекает</p> <p>а) очаговый туберкулез легких</p> <p>б) инфильтративный туберкулез легких</p> <p>в) диссеминированный туберкулез</p> <p>г) фиброзно-кавернозный туберкулез</p> <p>д) цирротический туберкулез</p>	<p>а) очаговый туберкулез легких</p>	<p>Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html</p>
5	<p>Аллерген туберкулезный рекомбинантный «Диаскинтест» в стандартном разведении основан на</p> <p>а) реакции гиперчувствительности замедленного типа к антигену двух белков (ESAT/CFP10), синтез которых кодируется в геноме <i>M. Tuberculosis humanus</i></p> <p>б) количественном определении интерферона INF-γ, высвобождаемого сенсibilизированными <i>in vitro</i> специфическими антигенами (ESAT-</p>	<p>а) реакции гиперчувствительности замедленного типа к антигену двух белков (ESAT/CFP10), синтез которых кодируется в геноме <i>M. Tuberculosis humanus</i></p>	<p>Мишин, В. Ю. Туберкулинодиагностика / Мишин В. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-2338-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423387.html</p>

	<p>6, CFP-10) <i>M. Tuberculosis humanus</i></p> <p>в) реакции гиперчувствительности замедленного типа к антигену одного белка (ESAT-6), синтез которого кодируется в геноме <i>M. Tuberculosis humanus</i></p> <p>г) стимуляции Т-клеток пептидами моделирования ESAT-6 и CFP-10 антигенов, которые отсутствуют во всех штаммах БЦЖ</p>		
6	<p>Гиперергическая реакция на пробу манту с 2 ТЕ проявляется наличием</p> <p>а) инфильтрата 16 мм</p> <p>б) гиперемии диаметром 22 мм</p> <p>в) инфильтрата 8 мм с лимфангитом</p> <p>г) гиперемии диаметром 23 мм</p>	в) инфильтрата 8 мм с лимфангитом	<p>Мишин, В. Ю. Туберкулинодиагностика / Мишин В. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-2338-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423387.html</p>
7	<p>Основным методом диагностики туберкулеза мочеполовой системы является</p> <p>а) проведение рентгенографии органов брюшной полости</p> <p>б) посев мочи на МБТ</p> <p>в) ультразвуковое исследование органов брюшной полости</p> <p>г) постановка туберкулиновой пробы</p>	б) посев мочи на МБТ	<p>Урогенитальный туберкулез : учебное пособие / О. Н. Барканова, С. Г. Гагарина, А. А. Калуженина, Н. Л. Попкова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2019. — 88 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/141228 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Женщина, 41 год. Страдает язвенной болезнью желудка с 36 лет, последнее обострение 1 год назад. Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходила 2 года назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено. Контакта с больным туберкулезом не установлено. Проживает в сельской местности. Работает на животноводческой ферме. Больной себя считает с января текущего года, когда появились утомляемость, повышение температуры тела до 37,5 – 38,0°C, потливость, кашель с выделением мокроты</p>	<p>Ответы.</p> <p>1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. В верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая</p>	<p>Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423387.html</p>

<p>гнойного характера, имело место кровохарканье.</p> <p>Обратилась в поликлинику по месту жительства, где при физикальном исследовании отмечались: бледность кожных покровов, понижение массы тела на 5 кг. Грудная клетка астенической конституции, при перкуссии укорочение перкуторного тона справа в надлопаточной области, дыхание здесь бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 18 в 1 мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $9,0 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 7%, СОЭ 35 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Без патологии.</p> <p>Общий анализ мокроты. Слизистогнойная с примесью крови, жидкая, лейкоциты 20-23 в поле зрения, эритроциты до 30 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения, эластические волокна.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (2+)</p> <p>Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 18 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 15 мм через 72 часа.</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии. 	<p>инфильтративная дорожка к корню легкого.</p> <p>2. Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу перисциссурита) в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. Язвенная болезнь желудка, ремиссия.</p> <p>Диагноз поставлен на основании: большая относится к группе повышенного риска заболеть туберкулезом; имеются признаки интоксикации, бронхолегочного синдрома (кашель с выделением мокроты гнойного характера, кровохарканье, утомляемость, потливость, повышение температуры тела); выявлении в анализе мокроты методом микроскопии КУБ; изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого), перкуторной и аускультативной картины в легких (при перкуссии укорочение перкуторного тона слева в надлопаточной области, аускультативно дыхание в этой области бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы); изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, ускорено СОЭ).</p> <p>3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с неспецифической</p>	<p>414392.html</p>
---	---	--------------------

		пневмонией, раком легкого, грибковым поражением легкого. 4. I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)	
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
2	Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулезом.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
3	Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
4	Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса	Фтизиатрия : национальные клинические

		рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
5	Объективное обследование больного туберкулезом легких.	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление а) 100 заболевших на 100 000 населения б) 30-50 заболевших на 100 000 населения в) 20 заболевших на 100 000 населения	а) 100 заболевших на 100 000 населения	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
2	К умеренной заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении а) 100 заболевших на 100 000 населения б) 30-50 заболевших на 100 000 населения в) 20 заболевших на 100 000 населения	б) 30-50 заболевших на 100 000 населения	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС

	населения		"Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
3	К низкому показателю заболеваемости туберкулезом можно отнести выявление а) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения б) 30-50 больных туберкулезом на 100 000 населения в) 20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения	в) 20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
4	Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится а) врачом-терапевтом б) фтизиатром в) врачами-специалистами	а) врачом-терапевтом	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
5	Экзогенная реинфекция представляет наибольшую опасность для возрастной группы а) молодых людей (до 40 лет) б) среднего возраста (40-59 лет) в) пожилых людей (60 лет и старше)	а) молодых людей (до 40 лет)	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
6	Группами «риска» по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме а) перенесших ранее локальный туберкулез б) давно инфицированных в) из очагов туберкулезной инфекции	д) работающих и занимающихся спортом	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС

	г) курящих д) работающих и занимающихся спортом		"Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html
7	Высокая заболеваемость туберкулезом обнаруживается в настоящее время а) у аборигенной этнической группы населения (малые народы Севера) и мигрирующего населения б) у постоянно живущего населения и аборигенной этнической группы в) у мигрирующего населения	а) у аборигенной этнической группы населения (малые народы Севера) и мигрирующего населения	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Мужчина, 32 года, подсобный рабочий в зернохранилище. С детства частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Страдает хроническим бронхитом, обострения 1-2 раза в год. Гормонами не лечился. Сахарный диабет, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Последнее флюорографическое обследование примерно 4 года назад (без патологии). Туберкулезный контакт возможен с друзьями. Курит, алкоголь употребляет умеренно.</p> <p>Заболел остро 2 месяца назад – резко повысилась температура до 39°C, озноб, головная боль, сухой кашель. Госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Получал антибактериальную терапию (цефотаксим 1,0 3 р/д в/м, кларитромицин 0,5 2 р/д перорально), дезинтоксикационную терапию, муколитическую терапию.</p> <p>На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшалось. Лихорадка с температурной кривой неправильного типа, нарастала одышка, появилось кровохарканье, отсутствие аппетита, разлитая головная боль, на фоне подъема температуры до 40-41°C, наблюдалась рвота. Рентгенологически в легких с двух сторон отмечалось усиление легочного рисунка. Через 2 недели после начала заболевания с подозрением на токсико-аллергическое поражение легочной ткани больной</p>	<p>Ответы.</p> <p>1. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются милиарные (1-2 мм) очаговые тени. Сосудистый рисунок с двух сторон деформирован по типу мелкой ячеистости.</p> <p>2. Клинический диагноз: Милиарный туберкулез легких МБТ (+) Кровохарканье. Диагноз поставлен на основании: жалоб (сухой кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр), отсутствия клинической динамики на фоне антибактериальной терапии, выявлении в анализе мокроты методом ПЦР МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (наличие милиарных очаговых теней по всем легочным полям), изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения и моноцитоз).</p>	<p>Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html</p>

<p>переведен в пульмонологическое отделение ОКБ. Назначен преднизолон 30 мг пер ос ежедневно, симптоматическая терапия. Нарастала легочно-сердечная недостаточность, больной похудел на 20 кг, крайне ослаб, беспокоил сухой упорный кашель, периодически кровохарканье.</p> <p>Объективно. Пониженного питания, ослаблен, истощен. Рост 186 см Вес 50 кг. Занимает положение ортопное. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, чистые, акроцианоз. Температура 38,8°С, ЧД 48 в 1 мин. Перкуторно определяется легочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно на фоне усиленного везикулярного дыхания выслушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, особенно в паравертебральных отделах. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 140 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $14,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 0%, лимфоциты 4%, моноциты 16%, СОЭ 54 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Белок 0,33 г/л, клетки плоского эпителия – 6-10 в п/з, цилиндры гиалиновые единичные в поле зрения.</p> <p>Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.</p> <p>Посев мокроты на МБТ. МБТ не обнаружены.</p> <p>При ПЦР исследовании мокроты выявлены МБТ</p> <p>Трахеобронхоскопия. Без патологии.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 5 мм через 72 часа.</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: брюшным тифом, метастатическим поражением легких, саркоидозом. 4. I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением) 	
---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Роль туберкулиновых проб при определении активности	Мишин, В. Ю.

	<p>туберкулезного процесса и в дифференциальной диагностике туберкулеза.</p>	<p>Туберкулинодиагностика / Мишин В. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-2338-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423387.html</p> <p>Попкова Н. Л. Современные методы иммунодиагностики туберкулеза : учебно-методическое пособие / Попкова Н.Л., Калуженина А.А. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 44 с. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL:http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDowp.asp?MacroName=%F1%E2%F0%E5%EC%E5%ED%ED%FB%E5_%EC%E5%F2%E%E4%FB_2014&MacroAcc=A&DbVal=47</p>
2	<p>Основные эпидемиологические показатели.</p>	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
3	<p>Медико-биологические, социально-экономические факторы и группы риска заболевания туберкулезом.</p>	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. -</p>

		ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
4	Клиническая классификация туберкулеза, соотношение с МКБ-10.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675- 2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html

ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно</p> <p>а) клиническим методом исследования</p> <p>б) флюорографическим методом исследования</p> <p>в) лабораторным методом исследования</p>	б) флюорографическим методом исследования	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675- 2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
2	<p>При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило</p> <p>а) имеется полное соответствие</p> <p>б) нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата</p> <p>в) нет полного соответствия, рентгенологические изменения</p>	в) нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675- 2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:

	более обширны		https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
3	<p>Методом, позволяющим получать поперечные срезы анатомических структур при помощи рентгеновских лучей, является</p> <p>а) компьютерная томография б) латерография в) магнитно-резонансная томография г) сцинтиграфия</p>	а) компьютерная томография	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
4	<p>Минимальная кратность флюорографического обследования большинства взрослого населения при заболеваемости в регионе проживания выше 60 на 100 тысяч населения – 1 раз в</p> <p>а) 3 года б) 2 года в) год г) 6 месяцев</p>	в) год	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
5	<p>Гиперергическая реакция на пробу манту с 2 ТЕ проявляется наличием</p> <p>а) инфильтрата 16 мм б) гиперемии диаметром 22 мм в) инфильтрата 8 мм с лимфангитом г) гиперемии диаметром 23 мм</p>	в) инфильтрата 8 мм с лимфангитом	<p>Мишин, В. Ю. Туберкулинодиагностика / Мишин В. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-2338-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423387.html</p> <p>Попкова Н. Л. Современные методы иммунодиагностики туберкулеза : учебно-методическое пособие / Попкова Н.Л., Калуженина А.А. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 44 с.</p>

			- Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно- библиотечная система. - URL: http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%F1%EE%E2%F0%E5%EC%E5%ED%ED%FB%E5_%EC%E5%F2%E%E4%FB_2014&MacroAcc=A&DbVal=47
6	В анализах спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите обычно наблюдают а) снижение содержания сахара и хлоридов б) повышение содержания сахара и хлоридов в) снижение содержания белка г) увеличение числа нейтрофилов	а) снижение содержания сахара и хлоридов	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
7	Наиболее эффективным и достоверным методом исследования по выявлению микобактерии туберкулеза является а) люминесцентная микроскопия б) бактериоскопия в) иммуноферментный анализ г) культуральный посев	г) культуральный посев	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Женщина, 21 год. Заболевание выявлено впервые при профилактическом осмотре. Находилась на стационарном лечении в противотуберкулезной больнице 9 месяцев с диагнозом: Инфильтративный туберкулез S I-II левого легкого МБТ (+). Получила основной курс специфической терапии с положительной клинико-рентгенологической динамикой, однако полного рассасывания туберкулезного процесса не наступило. Жалоб не предъявляет.	Ответы. 1. Томография верхней доли левого легкого (срез 4 см.). В области S I-II левого легкого имеется округлый фокус затемнения диаметром 2,5 см с четкими контурами и участком распада. 2. Клинический диагноз: Туберкулома S I-II левого легкого в фазе распада МБТ	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:

	<p>Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот спокоен. Пульс 72 в 1 мин., АД 120/70 мм.рт.ст. ЧД 18 в 1 мин. Температура тела 36,6 о С</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $6,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, эозинофилы 1%, лимфоциты 34%, моноциты 6%, СОЭ 4 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Без патологии.</p> <p>Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)</p> <p>Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (рост 20-30 КОЕ).</p> <p>Трахеобронхоскопия – без патологии.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 8 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения. 5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии. 	<p>(+).</p> <p>Диагноз поставлен на основании наличия в анамнезе инфильтративного туберкулеза легких той же локализации, в мокроте выявлены КУБ методом бактериоскопии, в мокроте выявлены МБТ методом посева, рентгенологических данных (наличие на томограмме округлого фокуса затемнения с четкими контурами и участком просветления).</p> <p>3. Дифференциальная диагностика с инфильтративным туберкулезом легких (круглый инфильтрат), хондромой легкого, периферическим раком легкого.</p> <p>4. I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.</p> <p>5. Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Учитывая неэффективность предшествующей химиотерапии (сохранение через 9 месяцев стационарного лечения бактериовыделения по микроскопии мокроты и методу посева, сохранение распада легочной ткани) и формирование туберкуломы, пациентке показано хирургическое лечение (резекция S I-II левого легкого).</p>	<p>https://www.studentlibrarу.ru/book/ISBN9785970414392.html</p>
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Методы лучевой диагностики при туберкулезе органов дыхания и внелегочных локализаций их информативность для диагностики туберкулёза.</p>	<p>Рентгенологические синдромы при туберкулезе органов дыхания : учебное пособие / О. Н. Барканова, Н. Л. Попкова, С. Г. Гагарина, А. А.</p>

		<p>Калуженина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2020. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/179538 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p> <p>Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких : учеб. пособие / Барканова О. Н., Гагарина С. Г., Попкова Н. Л. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016. - 96, [4] с. : ил.— Текст : непосредственный.</p>
2	<p>Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких. Основные рентгенологические синдромы при туберкулёзе органов дыхания.</p>	<p>Рентгенологические синдромы при туберкулезе органов дыхания : учебное пособие / О. Н. Барканова, Н. Л. Попкова, С. Г. Гагарина, А. А. Калуженина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2020. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/179538 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p> <p>Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких : учеб. пособие / Барканова О. Н., Гагарина С. Г., Попкова Н. Л. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-</p>

		во ВолгГМУ, 2016. - 96, [4] с. : ил.– Текст : непосредственный.
3	Показания для использования флюорографии, рентгеноскопии, рентгенографии, томографии, селективной бронхографии, ангиографии.	<p>Рентгенологические синдромы при туберкулезе органов дыхания : учебное пособие / О. Н. Барканова, Н. Л. Попкова, С. Г. Гагарина, А. А. Калуженина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2020. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/179538 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p> <p>Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких : учеб. пособие / Барканова О. Н., Гагарина С. Г., Попкова Н. Л. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016. - 96, [4] с. : ил.– Текст : непосредственный.</p>
4	Ведущие рентгенологические синдромы при различных формах туберкулеза органов дыхания: «синдром затемнения», «синдром просветления». «Маски туберкулеза». Дифференциальная диагностика в ОЛС.	<p>Рентгенологические синдромы при туберкулезе органов дыхания : учебное пособие / О. Н. Барканова, Н. Л. Попкова, С. Г. Гагарина, А. А. Калуженина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2020. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/179538 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>

		Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких : учеб. пособие / Барканова О. Н., Гагарина С. Г., Попкова Н. Л. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016. - 96, [4] с. : ил.– Текст : непосредственный.
5	Микробиологические методы исследования диагностического материала на МБТ.	Фтизиопульмонология : учебник / Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-1439-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414392.html

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Химиотерапия туберкулеза - это а) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ б) метод воздействия на возбудителя заболевания в) метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ г) ведущий метод лечения туберкулеза	в) метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ	Противотуберкулезные препараты : учебное пособие / Барканова О.Н., Калуженина А.А., Попкова Н.Л., Гагарина С.Г. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 99 с. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL: http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F0%EE%F2%E8%E2%EE%F2%F3%E1%E5%F0%EA%F3%EB%E5%E7%ED%FB%E5%EF%F0%E5%EF%E0%F0%E0%F2%FB_2015&MacroAcc=A&DbVal=47

2	<p>Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является</p> <p>а) хорошая переносимость лечения</p> <p>б) высокий уровень защитных сил организма больного</p> <p>в) чувствительность микобактерий к применяемым препаратам</p> <p>г) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика</p>	<p>в) чувствительность микобактерий применяемым препаратам</p> <p>к</p>	<p>Противотуберкулезные препараты : учебное пособие / Барканова О.Н., Калуженина А.А., Попкова Н.Л., Гагарина С.Г. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 99 с. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL:http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F0%EE%F2%E8%E2%EE%F2%F3%E1%E5%F0%EA%F3%EB%E5%E7%ED%FB%E5_%EF%F0%E5%EF%E0%F0%E0%F2%FB_2015&MacroAcc=A&DbVal=47</p>
3	<p>Ультразвук при туберкулезе вызывает</p> <p>а) тепловое действие</p> <p>б) усиление лимфо- и кровообращения</p> <p>в) очаговую реакцию</p> <p>г) повышает концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения</p>	<p>г) повышает концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения</p>	<p>Фтизиатрия / Аксенова В. А., Афт А. С., Баринов В. С. и др. , под ред. М. И. Перельмана. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с.- ISBN 978-5-9704-1232-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970412329.html</p>
4	<p>Препаратом гидразида изоникотиновой кислоты (ГИНК) является</p> <p>а) протионамид</p> <p>б) этамбутол</p> <p>в) изониазид</p> <p>г) пиразинамид</p>	<p>в) изониазид</p>	<p>Противотуберкулезные препараты : учебное пособие / Барканова О.Н., Калуженина А.А., Попкова Н.Л., Гагарина С.Г. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 99 с. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL:http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F0%EE%F2%E8%E2%EE%F2%F3%E1%E5%F0%EA%F3%EB%E5%E7%ED%FB%E5_%EF%F0%E5%EF%E0%F0%E0%F2%FB_2015&MacroAcc=A&DbVal=47</p>

			E5%E7%ED%FB%E5_%EF%F0%E5%EF%E0%F0%E0%F2%FB_2015&MacroAcc=A&DbVal=47
5	<p>В режимах химиотерапии туберкулеза буквой Е сокращенно обозначают</p> <p>а) этионамид б) этамбутол в) рифампицин г) пипразинамид</p>	в) рифампицин	<p>Противотуберкулезные препараты : учебное пособие / Барканова О.Н., Калуженина А.А., Попкова Н.Л., Гагарина С.Г. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 99 с.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система.</p> <p>- URL:http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F0%EE%F2%E8%E2%EE%F2%F3%E1%E5%F0%EA%F3%EB%E5%E7%ED%FB%E5_%EF%F0%E5%EF%E0%F0%E0%F2%FB_2015&MacroAcc=A&DbVal=47</p>
6	<p>Под множественной лекарственной устойчивостью понимают устойчивость M.tuberculosis к рифампицину и</p> <p>а) этамбутолу б) пипразинамиду в) изониазиду г) стрептомицину</p>	в) изониазиду	<p>Противотуберкулезные препараты : учебное пособие / Барканова О.Н., Калуженина А.А., Попкова Н.Л., Гагарина С.Г. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 99 с.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система.</p> <p>- URL:http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F0%EE%F2%E8%E2%EE%F2%F3%E1%E5%F0%EA%F3%EB%E5%E7%ED%FB%E5_%EF%F0%E5%EF%E0%F0%E0%F2%FB_2015&MacroAcc=A&DbVal=47</p>
7	<p>Больному с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада и эпилепсией противопоказано применение</p> <p>а) стрептомицина</p>	г) изониазида	<p>Противотуберкулезные препараты : учебное пособие / Барканова О.Н., Калуженина А.А., Попкова Н.Л.,</p>

	б) аминсалициловой кислоты в) циклосерина г) изониазида	Гагарина С.Г. ; под ред. Борзенко А. С. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 99 с. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL: http://library.volgmed.ru/ebs/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F0%EE%F2%E8%E2%EE%F2%F3%E1%E5%F0%EA%F3%EB%E5%E7%ED%FB%E5_%EF%F0%E5%EF%E0%F0%E0%F2%FB_2015&MacroAcc=A&DbVaI=47
--	---	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Мужчина, 37 лет. Болен туберкулезом легких в течение 7 лет. Заболел во время нахождения в местах лишения свободы. После освобождения лечился нерегулярно, отказывался от приема противотуберкулезных препаратов. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего года в виде усиления одышки, значительно похудел (на 25 кг), рецидивирующее кровохарканье, фебрильная лихорадка во второй половине дня.</p> <p>Жалобы на легочное кровотечение (одномоментно выделилось около 200 мл крови), общую слабость, потливость, снижение аппетита, субфебрильную температуру тела по вечерам, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки в надлопаточной области при глубоком дыхании и кашле.</p> <p>Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 28 в 1 минуту. Грудная клетка эмфизематозная. При пальпации эластичная. Западение надключичной ямки справа. Правая половина отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного тона справа в надключичной и надлопаточной областях, слева с коробочным оттенком, больше в нижних отделах, также и справа в нижних отделах. Дыхание справа в верхних отделах с амфорическим оттенком, шум</p>	<p>Ответы.</p> <p>1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа легочное поле уменьшено в объеме за счет наличия CV-тагна в верхней доле, нижняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации легочной ткани, косто-диафрагмальный синус запаян. Левое легкое компенсаторно расширено, в S I-II субплеврально определяются единичные очаговые тени и фокусы гомогенного характера выше средней интенсивности.</p> <p>2. Клинический диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации, обсеменения МБТ (+). Множественная лекарственная устойчивость МБТ.</p> <p>Осложнения: Туберкулез правого верхедолевого бронха. Легочное кровотечение. Постгеморрагическая гипохромная анемия средней степени. Кахексия. Интоксикационный</p>	<p>Фтизиатрия / Аксенова В. А., Апт А. С., Баринов В. С. и др. , под ред. М. И. Перельмана. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с.- ISBN 978-5-9704-1232-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970412329.html</p>

<p>писка, в нижних отделах ослаблено, на фоне которого выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Слева дыхание жесткое, по всем легочным полям разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 102 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней и стоп.</p> <p>Рост 180 см, вес 52 кг.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 86 г/л, эритроциты $2,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $14,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 18%, моноциты 7%, СОЭ 38 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1015, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения, цилиндры зернистые 3-4 в поле зрения.</p> <p>Общий анализ мокроты. Бурого цвета, жидкая, лейкоциты 20-26 в поле зрения, эритроциты большое количество.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)</p> <p>Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).</p> <p>Антибиотикограмма. Устойчивость МБТ к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, этамбутолу, канамицину, протионамиду.</p> <p>Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.</p> <p>Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 102 в мин. Поворот ЭОС вправо. Р. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 4 мм через 72 часа.</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения. 5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии. 	<p>синдром. Токсический нефрит. Хроническая легочно-сердечная недостаточность ДН II ст.</p> <p>Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (туберкулез легких в течение 7 лет), жалоб (легочное кровотечение, общая слабость, потливость, снижение аппетита, субфебрильная температура тела по вечерам, одышка при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки в надлопаточной области при глубоком дыхании и кашле), данных объективного осмотра, рентгенологического исследования (справа легочное поле уменьшено в объеме за счет наличия CV-магна в верхней доле, нижняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации легочной ткани, косто-диафрагмальный синус запаян. Левое легкое компенсаторно расширено), наличия МБТ в мокроте.</p> <p>3. Дифференцировать данную форму заболевания следует с опухолью легкого в фазе распада, хроническим абсцессом.</p> <p>4. II «Б» группа диспансерного учета, т.к. пациент болен активным туберкулезом легких с хроническим течением заболевания (давность заболевания более 2 лет). Больной с далеко зашедшим процессом, излечение не может быть достигнуто никакими методами, нуждается в общеукрепляющем, симптоматическом лечении и периодической противотуберкулезной терапии.</p> <p>5. Показано лечение по 4 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. в мокроте пациента выявлены МБТ с множественной</p>	
--	---	--

		лекарственной устойчивостью (устойчивость к сочетанию изониазида и рифампицина).	
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Формы первичного туберкулеза органов дыхания. Первичный туберкулезный комплекс. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.	Первичный туберкулез : учеб.-метод. пособие для студентов / О. Н. Барканова [и др.] ; рец.: Иоаниди Е. А., Крамарь Л. В. ; Министерство здравоохранения РФ, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 72 с. : ил. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD own.asp?MacroName=Первичnyi_Tuberkulez_2021&MacroAcc=A&DbVal=47
2	Первичный туберкулез у взрослых. Особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, исход; наблюдение диспансера.	Первичный туберкулез : учеб.-метод. пособие для студентов / О. Н. Барканова [и др.] ; рец.: Иоаниди Е. А., Крамарь Л. В. ; Министерство здравоохранения РФ, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 72 с. : ил. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD own.asp?MacroName=Первичnyi_Tuberkulez_2021&MacroAcc=A&DbVal=47

3	Милиарный туберкулез легких. Диссеминированный туберкулез легких. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
4	Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с внебольничной пневмонией, периферическим раком легкого в ОЛС.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
5	Туберкулез нервной системы (туберкулезный менингит, менингеальная туберкулема). Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.	Туберкулез центральной нервной системы : учеб. пособие / Барканова О. Н., Гагарина С. Г., Попкова Н. Л. и др. ; ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 100, [4] с. : ил., цв. ил. – Текст : непосредственный

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы - это а) лимфогенный путь из внутригрудных лимфатических узлов б) лимфогенный путь из очага в	в) гематогенный путь	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-

	<p>легочной ткани</p> <p>в) гематогенный путь</p> <p>г) контактный путь при переходе инфекции с мягких тканей на костную</p>		<p>2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
2	<p>Развитию фиброзно-кавернозного туберкулеза легких наиболее часто предшествует</p> <p>а) очаговый туберкулез</p> <p>б) диссеминированный туберкулез</p> <p>в) цирротический туберкулез</p> <p>г) казеозная пневмония</p>	г) казеозная пневмония	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
3	<p>При медленном прогрессировании подострый диссеминированный туберкулез легких постепенно трансформируется</p> <p>а) казеозную пневмонию</p> <p>б) хронический диссеминированный туберкулез</p> <p>в) туберкулему</p> <p>г) фиброзно-кавернозный туберкулез</p>	б) хронический диссеминированный туберкулез	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
4	<p>Амилоидоз внутренних органов, как осложнение туберкулеза, чаще встречается при</p> <p>а) очаговом туберкулезе</p> <p>б) милиарном туберкулезе</p> <p>в) фиброзно-кавернозном туберкулезе</p> <p>г) туберкулеме</p>	в) фиброзно-кавернозном туберкулезе	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
5	<p>Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом</p>	а) с затяжным течением процесса	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под</p>

	<p>а) с затяжным течением процесса</p> <p>б) нуждающимся в хирургическом лечении</p> <p>в) с побочными реакциями на химиопрепараты</p> <p>г) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний</p>		<p>ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
6	<p>Ультразвук следует применять</p> <p>а) при свежем экссудативном туберкулезе</p> <p>б) при замедлении репаративных процессов</p> <p>в) при казеозных изменениях</p> <p>г) при вспышке туберкулеза</p>	<p>б) при замедлении репаративных процессов</p>	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
7	<p>Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является</p> <p>а) хорошая переносимость лечения</p> <p>б) высокий уровень защитных сил организма больного</p> <p>в) чувствительность микобактерий к применяемым препаратам</p> <p>г) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика</p>	<p>в) чувствительность микобактерий к применяемым препаратам</p>	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Мужчина, 32 года, подсобный рабочий в зернохранилище. С детства частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Страдает хроническим бронхитом, обострения 1-2 раза в год. Гормонами не лечился. Сахарный диабет, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Последнее флюорографическое обследование примерно 4 года назад (без патологии). Туберкулезный контакт возможен с друзьями. Курит, алкоголь</p>	<p>Ответы.</p> <p>1. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются милиарные (1-2 мм) очаговые тени. Сосудистый рисунок с двух сторон деформирован по типу мелкой ячеистости.</p> <p>2. Клинический диагноз:</p>	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

<p>употребляет умеренно.</p> <p>Заболел остро 2 месяца назад – резко повысилась температура до 39°C, озноб, головная боль, сухой кашель. Госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Получал антибактериальную терапию (цефотаксим 1,0 3 р/д в/м, кларитромицин 0,5 2 р/д перорально), дезинтоксикационную терапию, муколитическую терапию.</p> <p>На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшалось. Лихорадка с температурной кривой неправильного типа, нарастала одышка, появилось кровохарканье, отсутствие аппетита, разлитая головная боль, на фоне подъема температуры до 40-41°C, наблюдалась рвота. Рентгенологически в легких с двух сторон отмечалось усиление легочного рисунка. Через 2 недели после начала заболевания с подозрением на токсико-аллергическое поражение легочной ткани больной переведен в пульмонологическое отделение ОКБ. Назначен преднизолон 30 мг per os ежедневно, симптоматическая терапия. Нарастала легочно-сердечная недостаточность, больной похудел на 20 кг, крайне ослаб, беспокоил сухой упорный кашель, периодически кровохарканье.</p> <p>Объективно. Пониженного питания, ослаблен, истощен. Рост 186 см Вес 50 кг. Занимает положение ортопное. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, чистые, акроцианоз. Температура 38,8°C, ЧД 48 в 1 мин. Перкуторно определяется легочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно на фоне усиленного везикулярного дыхания выслушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, особенно в паравертебральных отделах. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 140 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $14,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 0%, лимфоциты 4%, моноциты 16%, СОЭ 54 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Белок 0,33 г/л, клетки плоского эпителия – 6-10 в п/з, цилиндры гиалиновые единичные в поле зрения.</p> <p>Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.</p>	<p>Милиарный туберкулез легких МБТ (+) Кровохарканье. Диагноз поставлен на основании: жалоб (сухой кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр), отсутствия клинической динамики на фоне антибактериальной терапии, выявлении в анализе мокроты методом ПЦР МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (наличие милиарных очаговых теней по всем легочным полям), изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения и моноцитоз).</p> <p>3. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: брюшным тифом, метастатическим поражением легких, саркоидозом.</p> <p>4. I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)</p>	<p>URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
---	--	---

	<p>Посев мокроты на МБТ. МБТ не обнаружены.</p> <p>При ПЦР исследовании мокроты выявлены МБТ</p> <p>Трахеобронхоскопия. Без патологии.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 5 мм через 72 часа.</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии. 		
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи и бронхов. Клиника. Диагностика. Осложнения различных форм туберкулеза органов дыхания.</p>	<p>Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html</p>
2	<p>Первичный туберкулез у взрослых. Особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, исход; наблюдение диспансера.</p>	<p>Первичный туберкулез : учеб.-метод. пособие для студентов / О. Н. Барканова [и др.] ; рец.: Иоаниди Е. А., Крамарь Л. В. ; Министерство здравоохранения РФ, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 72 с. : ил. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL:http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectD</p>

		own.asp?MacroName=Perovichnyi_Tuberkulez_2021&MacroAcc=A&DbVal=47
3	Комплексная оценка функции дыхания в процессе лечения туберкулеза.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
4	Нагрузочные и фармакологические пробы для выявления скрытых нарушений функции внешнего дыхания.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html
5	Туберкулез костей и суставов. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.	Фтизиатрия : национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3675-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одновременное использование ряда лечебных средств и методов 2) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса 3) использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса 	3) использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса	<p>Фтизиатрия / Аксенова В. А., Апт А. С., Баринов В. С. и др. , под ред. М. И. Перельмана. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с.- ISBN 978-5-9704-1232-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970412329.html</p>
2	<p>Климатические факторы у больных туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышают сопротивляемость организма 2) нормализуют обмен веществ 3) улучшают функцию нервной системы 4) определяют все перечисленное 	4) определяют все перечисленное	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богдельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>
3	<p>Горно-климатические курорты показаны больным</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации 2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких 3) ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких 4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности 	3) ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богдельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html</p>
4	<p>Направление на горно-климатические курорты противопоказано больным</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всеми формами туберкулеза в фазе выраженной вспышки 2) туберкулезом в сочетании с сердечно-сосудистой недостаточностью 	5) с наличием всех перечисленных состояний	<p>Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богдельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС</p>

	3) туберкулезом в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью 4) туберкулезом в сочетании с почечной недостаточностью 5) с наличием всех перечисленных состояний		"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html
5	Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом 1) с затяжным течением процесса 2) нуждающимся в хирургическом лечении 3) с побочными реакциями на химиопрепараты 4) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний 5) все перечисленные показания	1) с затяжным течением процесса	Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Женщина, 21 год. Заболевание выявлено впервые при профилактическом осмотре. Находилась на стационарном лечении в противотуберкулезной больнице 9 месяцев с диагнозом: Инфильтративный туберкулез S I-II левого легкого МБТ (+). Получила основной курс специфической терапии с положительной клинкорентгенологической динамикой, однако полного рассасывания туберкулезного процесса не наступило. Жалоб не предъявляет. Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот спокоен. Пульс 72 в 1 мин., АД 120/70 мм.рт.ст. ЧД 18 в 1 мин. Температура тела 36,6 о С Общий анализ крови. Гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $6,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, эозинофилы 1%, лимфоциты 34%, моноциты 6%, СОЭ 4 мм/ч Общий анализ мочи. Без патологии. Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения. Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)	Ответы. 1. Томография верхней доли левого легкого (срез 4 см.). В области S I-II левого легкого имеется округлый фокус затемнения диаметром 2,5 см с четкими контурами и участком распада. 2. Клинический диагноз: Туберкулома S I-II левого легкого в фазе распада МБТ (+). Диагноз поставлен на основании наличия в анамнезе инфильтративного туберкулеза легких той же локализации, в мокроте выявлены КУБ методом бактериоскопии, в мокроте выявлены МБТ методом посева, рентгенологических данных (наличие на томограмме округлого фокуса затемнения с четкими контурами и участком просветления). 3. Дифференциальная диагностика с инфильтративным туберкулезом легких	Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html

	<p>Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (рост 20-30 КОЕ). Трахеобронхоскопия – без патологии. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 8 мм через 72 часа. Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа. Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения. 5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии. 	<p>(круглый инфильтрат), хондромой легкого, периферическим раком легкого.</p> <p>4. I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.</p> <p>5. Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Учитывая неэффективность предшествующей химиотерапии (сохранение через 9 месяцев стационарного лечения бактериовыделения по микроскопии мокроты и методу посева, сохранение распада легочной ткани) и формирование туберкуломы, пациентке показано хирургическое лечение (резекция S I-II левого легкого).</p>	
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.	Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html
2	Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.	Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

		https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html
3	Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.	Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	76– 90
Хорошо (4) - 91-100%	91 – 100
Отлично (5)	

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	46. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3) - четырем критериям	47. Знание алгоритма решения
Хорошо (4) - пяти критериям	48. Уровень самостоятельного мышления
Отлично (5)	49. Аргументированность решения
	50. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала,

<p>Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	--

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты.

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б 1.В.ОД.1.1	Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»	6
Б 1.В.ОД.1.2	Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»	12
Б 1.В.ОД.1.3	Раздел 3 «Клиника туберкулеза»	12
Б 1.В.ОД.1.4	Раздел 4 «Лечение туберкулеза»	6

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Морфологические изменения при туберкулезе. 2. Наследственность и туберкулез. 3. Патоморфоз туберкулеза.
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Современные серологические методы диагностики туберкулеза. 5. Диагностика и дифференциальная диагностика микобактериозов. 6. Организация раннего выявления туберкулеза. 7. Диаскин – тест.
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Клиника туберкулеза легких»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Дифференциальная диагностика первичных форм туберкулеза. 9. Туберкулез в сочетании с сопутствующими заболеваниями и состояниями (беременность, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, сахарный диабет, язвенное поражение ЖКТ, вирусные гепатиты, ХНЗЛ, психические заболевания). 10. Редкие локализации туберкулеза. 11. Туберкулома головного мозга.
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза легких»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Особенности санаторно-курортного лечения больных туберкулезом легких и внелегочной локализации. 13. Основные физиотерапевтические методы лечения, используемые во фтизиатрии.

Темы рефератов

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Изменения при долокальных формах туберкулеза. Морфологические изменения при локальных формах первичного туберкулеза.</p> <p>2. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза.</p> <p>3. Особенности морфологических проявлений туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>4. Особенности клинико – рентгенологической диагностики туберкулеза в период беременности.</p> <p>5. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при сахарном диабете.</p> <p>6. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при ВИЧ-инфекции.</p> <p>7. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при вирусных гепатитах.</p> <p>8. Организация раннего выявления туберкулеза.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Клиника туберкулеза легких»</p>	<p>9. Дифференциальная диагностика вторичных форм туберкулеза легких.</p> <p>10. Туберкулез и беременность. Особенности течения послеродового туберкулеза. Противопоказания к прерыванию беременности.</p> <p>11. Туберкулома как проявление туберкулеза ЦНС</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза легких»</p>	<p>12. Основные побочные реакции при использовании противотуберкулезных препаратов. Борьба с побочными реакциями на противотуберкулезные препараты.</p> <p>13. Туберкулез и беременность. Особенности этиотропной терапии.</p> <p>14. Туберкулез, ВИЧ и СПИД. Особенности применения иммуностимулирующих препаратов у ВИЧ – инфицированных больных.</p> <p>15. Немедикаментозные методы лечения туберкулеза. Климатотерапия.</p> <p>16. Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории федерального подчинения.</p> <p>17. Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории местного подчинения.</p>

Критерии и шкала оценивания

2. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы

- четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Особенности развития эпидемического процесса гнойно-септических инфекций обусловлены преимущественно а) особенностями лечебно-диагностического процесса б) биологическими свойствами возбудителей в) месторасположением лечебного учреждения г) наличием носителей среди медицинского персонала	б) биологическими свойствами возбудителей	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
2	Механизм передачи при брюшном тифе: а) трансмиссивный б) фекально-оральный в) гемоконтактный г) аэрогенный	б) фекально-оральный	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
3	<p>Что из перечисленного не характерно для сальмонеллеза?</p> <p>а) острое начало</p> <p>б) интоксикационный синдром</p> <p>в) инкубационный период от 2-6 часов до 2-3 дней</p> <p>г) диарея толстокишечного типа</p>	г) диарея толстокишечного типа	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
4	<p>Наибольшее значение как источник инфекции при шигеллезе имеют:</p> <p>а) реконвалесценты</p> <p>б) больные хронической дизентерией</p> <p>в) больные острой формой дизентерии</p> <p>г) бактерионосители</p>	в) больные острой формой дизентерии	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
5	<p>Какие из возбудителей могут передаваться воздушно-капельным путем при внутрибольничном заражении?</p> <p>а) шигеллы</p> <p>б) легионеллы</p> <p>в) сальмонеллы</p> <p>г) эшерихии</p>	б) легионеллы	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
6	Причиной морфологических изменений при дифтерийной полинейропатии является а) пролиферация шванновских клеток б) сегментарная демиелинизация в) лимфоидная инфильтрация периферических нервов г) дегенерация аксонов	б) сегментарная демиелинизация	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
7	Катаральный период при коклюше длится а) 3 недели б) около 2 недель в) 1 месяц г) 1-2 дня	б) около 2 недель	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2 день болезни Жалобы: на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук Анамнез заболевания. Заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4 раз), приносящей кратковременное	1. Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии (этиологическое подтверждение диагноза), ПЦР-диагностика кала (обнаружение ДНК бактерий и РНК вирусов, вызывающих кишечные инфекции), анализ кислотно-щелочного	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. -

<p>облегчение, болей в эпигастральной области</p> <p>Позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15 раз.</p> <p>Температура тела поднялась до 38,7°C.</p> <p>Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды.</p> <p>Анамнез жизни. Работает на хлебопекарном комбинате.</p> <p>Аллергоанамнез: не отягощен.</p> <p>Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония 2 года назад. Гинекологический анамнез не отягощен.</p> <p>Вредные привычки отрицает.</p> <p>Не замужем. Детей нет. Проживает в отдельной квартире.</p> <p>Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по 2 сырых перепелиных яйца.</p> <p>Объективный статус. Температура тела 38,30С. Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника.</p> <p>Язык сухой, обложен белым налетом.</p> <p>Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание.</p> <p>Сигма безболезненная, не спазмирована.</p> <p>Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>АД – 100/60 мм рт.ст, ЧСС – 92 уд в минуту.</p> <p>Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный, зеленоватого цвета до 15 раз. Диурез снижен. Судороги мышц кистей, кратковременные.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие методы обследования необходимо провести для постановки диагноза (учитывая 2 день болезни)? 2. Какой диагноз можно предположить у данной больной? 3. У данной больной определяется _____ степень обезвоживания. 4. Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с? 5. На основании чего определяется 	<p>состояния (для обоснования степени обезвоживания и оценки тяжести больного)</p> <p>Результаты лабораторных методов обследования</p> <p>Бактериологический посев кала на патогенный энтеробактерии – выделена Salmonella enteritidis группы D. ПЦР – положительно ДНК Salmonella spp., КЩС – рН 7,35; рО₂ – 82,2 мм рт.ст., рСО₂ – 44 мм рт.ст., Na – 134,6 ммоль/л; Cl – 101,0 ммоль/л; Ca – 1,10 ммоль/л; K – 3,5 ммоль/л; BE - -3 ммоль/л</p> <p>2. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант. Обоснование: острое начало заболевания, проявившееся синдромом гастроэнтерита (тошноты, многократной рвоты, болей в околопупочной области, жидкого многократного зловонного стула, зеленоватого цвета), наличие признаков дегидратации (слабости, головокружения, сухости кожных покровов и слизистых) на фоне выраженного синдрома интоксикации (фебрильные значения температуры тела, озноба, недомогания), данные эпидемиологического анамнеза (употребление сырых перепелиных яиц), данные лабораторного обследования (выделение культуры сальмонелл в кале, ДНК возбудителя в ПЦР)</p> <p>3. II степень дегидратации по Покровскому</p>	<p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
---	---	---

	<p>тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза?</p> <p>6. Какова тактика ведения данной пациентки?</p> <p>7. Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение?</p> <p>8. Для пероральной регидратации этой больной показано назначение?</p> <p>9. Длительность первого этапа регидратации у данной пациентки должна продолжаться до ___ часов?</p> <p>10. При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначить препараты из группы?</p> <p>11. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является?</p> <p>12. Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту (работниками хлебопекарни) в очаге острой кишечной инфекции составляет?</p>	<p>(Обоснование: данные анамнеза (обильный жидкий стул около 15 раз и рвота около 4 раз), данные осмотра (сухость кожных покровов и слизистых; наличие цианоза, судорог), данные лабораторного исследования (изменение КОС и электролитов).</p> <p>4. Эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом (Обоснования: данные заболевания протекают с аналогичной клинической картиной с явлениями гастроэнтерита и наличием интоксикационного синдрома и синдрома обезвоживания).</p> <p>5. Степени обезвоживания и выраженностью интоксикационного синдрома.</p> <p>6. Госпитализация в инфекционный стационар (Госпитализация выявленных больных с сальмонеллезами и бактерионосителей осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям (при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства), больные из числа декретированной группы населения. В данном случае пациентка относится к декретированной группе – работник пищевого предприятия).</p> <p>7. Регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов</p>	
--	--	---	--

		<p>8. Глюкозо-электролитной смеси (Обоснование: с учетом II степени обезвоживания у пациентки и отсутствия на момент госпитализации тошноты и позывов на рвоту возможно использование пероральной регидратации. Используются растворы: ORS, Оралит, Регидрон.</p> <p>9. 2-х часов (Обоснование: регидратационную терапию (внутривенную и пероральную) осуществляют в 2 этапа. Длительность 1 этапа – до 2 часов, 2-го – до 3 суток. Первый этап ликвидация имеющихся потерь жидкости. Объем введенных растворов в процентах от массы тела соответствует степени обезвоживания, скорость введения также зависит от степени обезвоживания. Второй этап – коррекция продолжающихся потерь жидкости.</p> <p>10. Фторхинолонов (этиотропная терапия проводится при сохранении лихорадки в течение 3 и более дней. Препаратами выбора являются фторхинолоны).</p> <p>11. Однократный отрицательный бактериальный посев кала (проводится через 1-2 дня после окончания лечения).</p> <p>12. 1 неделю (наблюдение включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия).</p>	
--	--	---	--

№	Содержание задания	Источник
1	Эпидемиологический метод исследования.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
2	Лабораторная диагностика инфекционных болезней.	Инфекционные болезни / под ред. Ющука Н. Д., Венгерова Ю. Я. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 848 с. - ISBN 978-5-9704-4817-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448175.html
3	Синдромальная диагностика инфекционных болезней.	Инфекционные болезни : синдромальная диагностика : учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. А. Климовой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-5603-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456033.html . - Режим доступа : по подписке.
4	Характеристика микроорганизма и макроорганизма и условий их взаимодействия	Иоанниди Е. А. Биологическая опасность в практической деятельности врача : учеб. пособие, для

		<p>обучающихся по основным программам высш. образования - подготовки кадров высш. квалификации по программам ординатуры по спец. "Инфекционные болезни" / Е. А. Иоанниди, С. Ф. Попов, О. В. Александров ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. - 100, [4] с. : табл. - Библиогр. : с. 95. - ISBN 978-5-9652-0398-7. – Текст : непосредственный.</p> <p>Мазанкова, Л. Н. Микродисбиоз и эндогенные инфекции : руководство для врачей / Мазанкова Л. Н., Рыбальченко О. В., Николаева И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-4701-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача" : [сайт]. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447017.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
5	Классификации инфекционных болезней.	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Природный очаг инфекционного заболевания — это:</p> <p>а) совокупность биологических объектов</p> <p>б) эпизоотический очаг</p> <p>в) территория, на которой постоянно регистрируются зоонозные инфекции</p> <p>г) место заражения человека зоонозных инфекцией</p> <p>д) участок территории географического ландшафта с присущим ей биоценозом, среди особей которого циркулирует возбудитель болезни</p>	<p>д) участок территории географического ландшафта с присущим ей биоценозом, среди особей которого циркулирует возбудитель болезни</p>	<p>Инфекционные болезни : руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой, Ю. В. Мартынова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-8039-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html . - Режим доступа : по подписке</p>
2	<p>Одним из звеньев эпидемического процесса является:</p> <p>а) теплокровный носитель возбудителя инфекции</p> <p>б) микроорганизм — возбудитель инфекции</p> <p>в) противозидемическая система</p> <p>г) окружающая среда</p>	<p>а) теплокровный носитель возбудителя инфекции</p>	<p>Инфекционные болезни : руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой, Ю. В. Мартынова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-8039-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html . - Режим доступа : по подписке</p>
3	<p>Каким образом наиболее часто происходит заражение при дифтерии:</p> <p>а) воздушно-капельным путем</p> <p>б) пищевым путем</p> <p>в) нозокомиально</p> <p>г) трансмиссивно</p>	<p>а) воздушно-капельным путем</p>	<p>Инфекционные болезни : руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой, Ю. В. Мартынова. - Москва :</p>

			ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-8039-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html . - Режим доступа : по подписке
4	Укажите характерные осложнения тяжелой формы гриппа: а) пневмония б) токсический отек головного мозга в) геморрагический синдром г) все перечисленные	г) все перечисленные	Инфекционные болезни : руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой, Ю. В. Мартынова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-8039-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html . - Режим доступа : по подписке
5	При дифтерии к ранним осложнениям со стороны периферической нервной системы относится а) полирадикулоневрит б) паралич диафрагмы в) паралич мягкого неба г) восходящий паралич Ландри	в) паралич мягкого неба	Инфекционные болезни : руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой, Ю. В. Мартынова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-8039-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html . - Режим доступа : по подписке
6	Вирус Эпштейна-Барр вызывает а) ветряную оспу б) инфекционный мононуклеоз в) цитомегалию г) опоясывающий лишай	б) инфекционный мононуклеоз	Инфекционные болезни : руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой, Ю. В. Мартынова. - Москва :

			ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-8039-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html . - Режим доступа : по подписке
7	<p>Возбудитель микоплазменной инфекции</p> <p>а) прокариот имеет только мембрану</p> <p>б) прокариот имеет мембрану и клеточную стенку</p> <p>в) респираторный ДНК-содержащий вирус</p> <p>г) может формировать мицелий</p>	а) прокариот имеет только мембрану	<p>Инфекционные болезни : руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой, Ю. В. Мартынова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-8039-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html . - Режим доступа : по подписке</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациент 23 лет обратился в поликлинику на 2-й день болезни. Жалобы: на повышение температуры, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита.</p> <p>Анамнез заболевания. Заболел вчера остро с повышения температуры тела до 37,7⁰С, слабости, снижения аппетита, небольшой боли в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта. Сегодня боль в горле усилилась, температура повысилась до 38,1⁰С, обнаружил налеты на миндалинах, в связи с чем обратился к врачу.</p> <p>Анамнез жизни. Работает менеджером в торговой фирме. Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой. Детей нет. Перенесенные инфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ангина в возрасте 12 лет. Вредные привычки</p>	<p>1. Бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на ВЛ (СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»); РПГА с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител (в некоторых случаях диагнз может быть подтвержден четырехкратным и более увеличением уровня антител в парных сыворотках крови, если больному не вводили</p>	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>

<p>отрицает. Прививочный анамнез не известен.</p> <p>Объективный статус. Температура тела 38,1⁰С. Кожные покровы бледные. Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены до 1 – 1,5 см, подвижные, умеренно болезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки тусклая с цианотичным оттенком; в области небных дужек и миндалин отмечается умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм рт.ст. ЧСС – 96 уд. в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие лабораторные методы обследования необходимо выполнить для постановки диагноза? 2. Учитывая клинико-лабораторные данные, о каком диагнозе можно думать? 3. Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают? 4. Каким налетом характеризуется поражение слизистой оболочки ротоглотки при дифтерии? 5. Какие неспецифические осложнения могут встречаться при дифтерии? 6. Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с? 7. Тактика ведения данного больного заключается в? 8. Лечебная тактика при легком течении неосложненной дифтерии ротоглотки включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе _____ тыс. МЕ. 9. Выписка больного дифтерией осуществляется после полного клинического выздоровления и.... 	<p>противодифтерийную сыворотку (ПДС) с лечебной целью, а его исходный уровень был низким.</p> <p>Результаты лабораторных методов исследования.</p> <p>Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на ВЛ: отрицательный; бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на ВЛ: токсигенные <i>S.diphtheriae</i> биовариант <i>mitis</i>.</p> <p>РПГА с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра анитоксических антител – титр анитоксических антител 1:20</p> <p>2. Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, пленчатый вариант, средней тяжести (острое начало болезни, признаки умеренной интоксикации (фебрильная лихорадка до 38,1⁰С, общее недомогание, слабость, снижение аппетита, приглушенность сердечных тонов, тахикардию до 96 ударов в минуту), наличие синдрома тонзиллита (боль в горле, характерные изменения в ротоглотке в виде тусклой, с цианотичным оттенком слизистой оболочки, умеренной гиперемии с цианотичным оттенком в области небных дужек и миндалин, увеличения миндалин до I степени, их отечности с наличием пленчатого налета серого-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»)) без</p>	
---	--	--

	<p>10. Лица, бывшие в контакте с больным дифтерией, подлежат бактериологическому обследованию на ВЛ не позже _____ часов с момента изоляции больного?</p> <p>11. С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых _____ дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)?</p> <p>12. За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение _____ дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге?</p>	<p>распространения за пределы миндалин, с усилением снимающегося шпателем с обнажением эрозивной кровотокающей поверхности), а также умеренного регионарного лимфаденита (увеличение подчелюстных периферических лимфоузлов до 1-1,5 см, умеренно болезненных при пальпации).</p> <p>3. Синдром тонзиллита, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов (при дифтерии отмечается интоксикация, гиперемия миндалин со специфическими налетами, возможное увеличение лимфатических узлов – подчелюстных).</p> <p>4. Плотных фибринозных, серо-белого цвета, выступающих над поверхностью миндалин, с трудом снимающихся шпателем.</p> <p>5. Пневмония, бронхит, паратонзиллярный абсцесс.</p> <p>6. Лакунарной ангиной, инфекционным мононуклеозом, язвенно-некротической ангиной Симановского-Венсана.</p> <p>7. Госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы (СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» - больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носители токсигенных коринебактерий</p>	
--	--	--	--

	<p>дифтерии подлежат госпитализации в специализированные отделения инфекционных больниц).</p> <p>8. 10-20 тыс. МЕ (доза сыворотки и путь введения зависят от тяжести течения болезни, локализованная дифтерия ротоглотки. Носа, глаза, кожи, половых органов – 10-20 тыс. МЕ).</p> <p>9. 2-х кратного отрицательного бактериологического обследования (больного обследуют не ранее 3-х календарных дней после отмены антибиотиков с интервалом 1-2 календарных дня).</p> <p>10. 48 часов.</p> <p>11. 5 дней.</p> <p>12. 7 дней.</p>	
--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Вирусный гепатит А: этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.	<p>Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-7640-6, DOI: 10.33029/9704-7640-6-VGK-2023-1-280. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476406.html . - Режим доступа: по подписке.</p> <p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-</p>

		<p>Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
2	<p>Вирусный гепатит В: этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.</p>	<p>Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-7640-6, DOI: 10.33029/9704-7640-6-VGK-2023-1-280. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476406.html . - Режим доступа: по подписке.</p> <p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
3	<p>Вирусный гепатит С: этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.</p>	<p>Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-</p>

		<p>Медиа, 2023. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-7640-6, DOI: 10.33029/9704-7640-6-VGK-2023-1-280. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476406.html . - Режим доступа: по подписке.</p> <p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
4	ВИЧ-инфекция: этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.	<p>Хрянин, А. А. ВИЧ-инфекция в терапевтической практике / Хрянин А. А., Решетников О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 88 с. - ISBN 978-5-9704-4735-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p> <p>ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5421-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html</p>

		0454213.html.
5	Острые бактериальные пищевые отравления: этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Под эпидемиологическим исследованием понимают а) эпидемиологическую диагностику и анализ данных б) первую медицинскую помощь населению в) организацию противоэпидемических мероприятий г) внутрибольничные инфекции	а) эпидемиологическую диагностику и анализ данных	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
2	Термином «декретированная» группа населения обозначается а) группа лиц, в отношении которых противоэпидемические мероприятия проводят особым образом б) коллектив, в котором зарегистрирован хотя бы один случай особо-опасной инфекции в) группа населения, среди которой отмечается наибольшее число	а) группа лиц, в отношении которых противоэпидемические мероприятия проводят особым образом	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные

	заболеваний г) группа населения, имеющая наибольший интенсивный показатель заболеваемости		руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
3	Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах сочетанных вирусных гепатитов (гепатиты В, С, гепатиты В, D) проводят специалисты а) территориальных медицинских организаций б) органов, учреждений, уполномоченных осуществлять территориальный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в) страховых медицинских организаций г) органов управления здравоохранения	а) территориальных медицинских организаций	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
4	Основным направлением борьбы с ВИЧ-инфекцией является а) массовое обследование на ВИЧ б) массовая вакцинация в) санитарно-просветительская работа среди населения г) изоляция ВИЧ-инфицированных	в) санитарно-просветительская работа среди населения	ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5421-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html
5	Повторные исследования на наличие антител к ВИЧ после аварийной ситуации проводятся а) через трое суток, а затем через месяц б) через 3, затем через 6 месяцев в) через месяц, затем через 2 недели г) сразу после контакта	б) через 3, затем через 6 месяцев	ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5421-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html

6	Инкубационный период при чесотке в случае заражения личинками а) составляет 3 недели б) практически отсутствует в) составляет до 2 недель г) составляет 3 дня	в) составляет до 2 недель	Атлас инфекционных болезней / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова, В. В. Никифорова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-2877-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428771.html
7	Вакцинопрофилактика бешенства укушенным или облюненным животными проводится а) на дому б) в травматологических пунктах в) в стационаре г) в отделении интенсивной терапии	б) в травматологических пунктах	Костинов, М. П. Вакцинация взрослых - от стратегии к тактике : руководство для врачей / М. П. Костинов. - Москва : Группа МДВ, 2020. - 245, [1] с., табл. - ISBN 978-5-906748-17-1. - Текст : непосредственный

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>В поликлинику обратился пациент 19 лет на 3-ий день болезни.</p> <p>Жалобы: на повышение температуры, озноб, головную боль, боль в горле, послабление стула.</p> <p>Анамнез заболевания. Заболел остро с появления озноба, недомогания, температуру не измерял. К исходу первого дня появился насморк, боли в горле при глотании, «резь» в глазах, усиливающуюся при ярком свете, головная боль, снижение аппетита.</p> <p>Анамнез жизни. Студент дневного отделения ВУЗа. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции. Вредные привычки отрицает. Эпиданамнез: среди студентов были случаи заболевания ОРЗ. Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.</p> <p>Объективный статус. Температура тела 37,90С. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лицо умеренно гиперемировано, сосуды склер инъектированы, конъюнктивы гиперемированы.</p> <p>Слизистая оболочка ротоглотки (дужек,</p>	<p>1. ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин) (КР Национального научного общества инфекционистов. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых, 2021 – пациентам с симптомами ОРВИ рекомендовано проведение молекулярно-генетического исследования методом ПЦР на возбудителей ОРВИ).</p> <p>Результаты лабораторных методов исследования ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин) DNA Adenovirus – положительно.</p> <p>2. Аденовирусная инфекция средней степени тяжести (острое начало заболевания с</p>	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>

<p>миндалин, язычка) гиперемирована, миндалины увеличены до 1-2 степени, в их лакунах – налеты серовато-белого цвета, легко снимающиеся шпателем. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами, налетов на ней нет. Пальпируются увеличенные до размера мелкой фасоли подчелюстные, передне- и заднешейные, подмышечные лимфоузлы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 84 удара в минуту. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется на боку. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой метод исследования для постановки диагноза в данном случае необходимо провести? 2. Учитывая клинику-анамнестические и лабораторные данные о каком диагнозе можно думать? 3. Чем обусловлено появление болей в животе при аденовирусной инфекции? 4. Что является осложнением аденовирусной инфекции? 5. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции в начальном периоде заболевания? 6. Что является показанием к госпитализации при аденовирусной инфекции? 7. Этиотропным средством с доказанным действием для лечения аденовирусной инфекции является? 8. Патогенетическое лечение аденовирусной инфекции тяжелого течения включает? 9. Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано? 10. Для лечения конъюнктивита и кератоконъюнктивита при аденовирусной инфекции применяют инстилляцию глазных капель? 11. Неспецифической профилактической мерой при аденовирусной инфекции служит? 12. Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики аденовирусной 	<p>интоксикационного синдрома (озноб, лихорадка, головная боль); присоединение к концу первых суток катарального синдрома (насморк, боли в горле); лимфопролиферативного синдрома (увеличение группы шейных и подмышечных лимфоузлов), данные объективного осмотра (инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктивы, кожи лица, слизистой оболочки ротоглотки, увеличение миндалин и налеты на них, печени и селезенки), подтверждение диагноза лабораторно – обнаружение ДНК аденовируса в мазках из носоглотки).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Мезаденитом (проявляется остро возникающими приступообразными болями в животе, преимущественно в нижней части, нередко в правой подвздошной области, иногда в околопупочной). 4. Острый отит (наиболее частыми осложнениями являются отиты, синуситы и пневмония, обусловленные присоединением вторичной инфекции). 5. Инфекционным мононуклеозом (имеется ряд сходных симптомов). 6. Одышка, боли в груди (одышка, боли в груди являются критериями развития аденовирусной пневмонии или присоединением вторичной бактериальной пневмонии. Госпитализации подлежат больные с тяжелой 	
--	--	--

	инфекции, являются?	<p>формой болезни, при наличии осложнений, сопутствующих заболеваний, а также по эпидемическим показаниям).</p> <p>7. Умифеновир (в терапевтических концентрациях препятствует слиянию вирусной оболочки с внутриклеточными мембранами здоровых клеток, вирус теряет способность проникать внутрь клетки).</p> <p>8. Дезинтоксикационную терапию (внутривенное введение коллоидных и кристаллоидных растворов способствует снижению уровня виремии и синдрома интоксикации).</p> <p>9. При развитии острого бактериального тонзиллита.</p> <p>10. Интерферон альфа (оказывает противовирусное, антипролиферативное, иммуномодулирующее и противоопухолевое действие).</p> <p>11. Промывание носа изотоническим раствором (поддержание факторов неспецифической резистентности слизистой оболочки в области входных ворот – мукоцилиарный клиренс мерцательного эпителия, синтез лизоцима, лактоферина, сиалоидов и т.д.).</p> <p>12. Умифеновир, интерферон альфа интраназальный (умифеновир – по 200 мг/сут (блокирует раннюю стадию репродукцию вирусов, препятствует слиянию вирусов с мембраной</p>	
--	---------------------	---	--

		эндосомы, останавливает распространение вирусов в организме). Интерферон альфа интраназальный – по 3 капли в каждый носовой ход 2 раза в сутки – препятствует вирусному инфицированию клеток, изменяет свойства клеточной мембраны, предотвращает адгезию и проникновение вируса внутрь клетки).	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Распространение инфекционных болезней, заболеваемость основными видами инфекций в РФ и Волгоградской области.	Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний : учебное пособие / О. А. Чернявская, Е. А. Иоанниди, С. Ф. Попов [и др.] ; Министерство здравоохранения РФ, Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной. – Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2023. – 232 с. (усл. печ. л. 13,49). – Библиогр.: с. 227-231. – ISBN 978-5-9652-0945-3 - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. – URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=Differencialnaya_diagnostika_infekcionnyh_zabolevanij_CHernyavskaya_2023&MacroAcc=A&DbVal=47
2	Эпидемиологический надзор, цель и задачи, организационная и функциональная структура.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд.,

		<p>перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
3	Эпидемиологическая классификация инфекционных болезней.	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
4	Основные принципы диагностики инфекционных заболеваний. Значение клинических и эпидемиологических данных.	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
5	Понятие об инфекционном процессе. Формы и варианты инфекционного процесса.	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд.,</p>

		<p>перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
--	--	--

ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>При коклюше посев материала проводится на</p> <p>а) глицериново-картофельный агар или «КУА» б) среду Плоскирева в) кровяно-теллуриновые среды г) среду Левина</p>	а) глицериново-картофельный агар или «КУА»	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
2	<p>Наиболее информативным методом диагностики острого токсоплазмоза является</p> <p>а) ПЦР-диагностика б) серологическое исследование крови в) внутрикожная проба с токсоплазмином г) паразитологическое исследование окрашенных мазков</p>	б) серологическое исследование крови	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
3	<p>Основным методом диагностики шистосомоза является</p> <p>а) развернутый анализ крови</p> <p>б) обнаружение яиц шистосом в кале и моче</p> <p>в) биохимический анализ крови</p> <p>г) бактериологическое исследование кала</p>	б) обнаружение яиц шистосом в кале и моче	<p>Инфекционные болезни :</p> <p>национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
4	<p>Основным методом диагностики фасциолеза является</p> <p>а) бактериологическое исследование кала</p> <p>б) обнаружение яиц фасциол в кале</p> <p>в) развернутый анализ крови</p> <p>г) биохимический анализ крови</p>	б) обнаружение яиц фасциол в кале	<p>Инфекционные болезни :</p> <p>национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
5	<p>Решающее значение в диагностике менингита имеет</p> <p>а) острое начало заболевания с менингеальным синдромом</p> <p>б) изменение спинномозговой жидкости</p> <p>в) острое начало заболевания с повышением температуры тела</p> <p>г) синдром инфекционно-токсического шока</p>	б) изменение спинномозговой жидкости	<p>Инфекционные болезни :</p> <p>национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
6	16. К методу лабораторного обследования, имеющему решающее значение в диагностике малярии, относят а) клинический анализ крови б) серологические реакции с малярийными антигенами в) микроскопию толстой капли и мазка крови г) посев крови	в) микроскопию толстой капли и мазка крови	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
7	17. Для специфической диагностики крымской геморрагической лихорадки используют а) микроскопию мазка крови б) ПЦР и ИФА с обнаружением специфических антител в) метод толстой капли г) бактериологический метод	б) ПЦР и ИФА с обнаружением специфических антител	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Вызов врача на дом к больному 48 лет. Жалобы: на слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела, чувство жара, головные боли, 2-кратную рвоту, боли в шее и мышца верхних и нижних конечностей. Анамнез заболевания. Заболел остро 6 дней назад с повышения температуры до 39,2 ⁰ С, появления болей в мышцах и суставах, чувства жара. Принимал	1. ИФА на антитела к антигену инфекций, передаваемых клещами и ПЦР ликвора (в стационарных условиях) (при подозрении КВЭ используются следующие методы диагностики: вирусологический – основанный на выделении вируса КЭ;	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. -

<p>самостоятельно ибупрофен, ингавирин – с непродолжительным эффектом в виде снижения температуры тела до 37,5⁰С. В последующие дни сохранилось повышение температуры тела по вечерам до 38,8⁰ – 39,4⁰С. На 6 день болезни температура тела – 38,6⁰С, сохранение мышечных болей, появление головных болей и рвоты, что послужило причиной обращения в поликлинику. Анамнез жизни. Работает учителем физики в общеобразовательной школе. Проживает в отдельной квартире с женой и ребенком. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. Больной 2 недели назад был на даче. Отмечал укус клеща, который заметил через несколько часов. Со слов, клеща извлек самостоятельно. Объективный статус. Температура тела 38,7⁰С. Кожа лица умеренно гиперемирована, сыпи нет. Язык влажный, обложен белым тонким налетом. В легких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18/мин. АД – 110/65 мм рт.ст., ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы – отрицательны. Симптом поколачивания – отрицателен. Печень не увеличена, мягко-эластичной консистенции, безболезнена при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча светло-желтая, стул оформленный. Отмечается ригидность затылочных мышц. Симптом Брудзинского и Кернига отрицательны. Сознание сохранено.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что необходимо назначить больному для постановки диагноза? 2. Какой основной диагноз? 3. Для клеточного состава ликвора при клещевом энцефалите наиболее характерно наличие? 4. Относительно тяжелым течением характеризуется _____ клиническая форма клещевого вирусного энцефалита? 	<p>молекулярно-генетический (ОТ-ПЦР – основанный на выявлении РНК вируса КЭ; серологический (ИФА) – основанный на выявлении иммуноглобулинов класса IgM и IgG, антигена вируса КЭ СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней») Результаты обследования. ИФА на антитела к антигену вирусных инфекций ИФА с антигеном Tickborne encephalitis Virus IgM МЕ/мл – 1:256; ИФА с антигеном Tickborne encephalitis Virus IgG МЕ/мл – отрицательно; ИФА с антигеном Borrelia burgdoferi sensu lato IgM МЕ/мл – отрицательно; ИФА с антигеном Borrelia burgdoferi sensu lato IgG МЕ/мл – отрицательно; ИФА с антигеном Ehrlichia muris IgM МЕ/мл – отрицательно; ИФА с антигеном Ehrlichia muris IgG МЕ/мл – отрицательно. В ПЦР в ликворе выявлена РНК – Tickborne encephalitis Virus.</p> <p>2. Клещевой вирусный энцефалит, менингеальная форма, среднетяжелое течение (данные анамнеза и эпиданамнеза (укус клеща), особенности клинических проявлений – наличие интоксикационного синдрома, присоединение менингеальной</p>	<p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
--	--	--

<p>5. К характерным проявлениям полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита относят?</p> <p>6. Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита следует проводить с?</p> <p>7. Этиотропная терапия клещевого вирусного энцефалита включает назначение?</p> <p>8. В качестве патогенетической терапии при менингеальной форме клещевого энцефалита используются?</p> <p>9. При тяжелых формах клещевого энцефалита, с целью профилактики развития отека головного мозга применяют?</p> <p>10. Первоочередной мерой экстренной профилактики при укусе клеща в эндемичном по клещевому вирусному энцефалиту регионе является?</p> <p>11. Для профилактики клещевого вирусного энцефалита перед выездом в эндемичный регион используется?</p> <p>12. В качестве неспецифической меры профилактики клещевого вирусного энцефалита следует применять?</p>	<p>симптоматики, а также результаты лабораторного исследования.</p> <p>3. Лимфоцитарного плеоцитоза ниже 500 клеток в 1 мкл.</p> <p>4. Менингоэнцефалитическая (для этой формы характерна высокая интоксикация, появление очаговой симптоматики – парезы и параличи, судорожного синдрома, нарушение сознания вплоть до комы; возможно поражение структур ствола головного мозга с развитием бульбарной симптоматики и расстройством жизненно важных функций – дыхания и сердечной деятельности)</p> <p>5. Симптом «свислой головы» (является практически постоянным проявлением полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита вследствие возникающих при данной форме парезов мышц шеи и плечевого пояса).</p> <p>6. Лайм-боррелиозом, полиомиелитом, эрлихиозом (при проведении диф. диагностики клещевого энцефалита с менингитами, вызванными другими вирусами (энтеровирусами, эпидемического паротита, герпесвирусами), а также с клещевым боррелиозом и эрлихиозом, прежде всего, необходимо обращать внимание на сезонность заболевания и указание в анамнезе на</p>	
--	--	--

		<p>посещение леса, укусы и нападение клещей, а также результаты ПЦР.</p> <p>7. Специфического иммуноглобулина (доза зависит от клинической формы заболевания).</p> <p>8. Диуретики (назначаются в целях профилактики отека мозга и комплексе лечебных мероприятий при развитии отека мозга).</p> <p>9. Глюкокортикостероиды (обладают выраженным противовоспалительным и противоотечным эффектом, что позволяет снизить выраженность очаговых симптомов и предотвратить развитие отека мозга).</p> <p>10. Введение иммуноглобулина.</p> <p>11. Вакцинация</p> <p>12. Репеллентные средства против клещей.</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска, тактика врача при синдроме желтухи. Лабораторная и инструментальная диагностика	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
2	Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска, тактика врача при диарейном синдроме.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я.

		<p>Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
3	Туляремия: диагностика, лечение, профилактика	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
4	Столбняк: диагностика, лечение, профилактика.	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
5	Рожа: диагностика, лечение, профилактика.	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я.</p>

		<p>Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
--	--	--

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является раствор</p> <p>а) 1,0% хлорида натрия б) 5% глюкозы в) 10% хлорида натрия г) Рингера</p>	г) Рингера	<p>Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях : учебное пособие / О. А. Чернявская, Е. А. Иоанниди, И. В. Макарова [и др.] ; Министерство здравоохранения РФ, Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной. – Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2023. – 160 с. (усл. печ. л. 9,3). – Библиогр.: с. 156-159. – ISBN 978-5-9652-0942-2 - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. – URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=Neotlozhnye_sostoyaniya_infekcionnyh_zabolevaniyah_CHernyavskaya_2023&MacroAcc=A&DbVal=4</p>

			7 Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
2	Для лечения при дизентериеподобных диареях применяют а) антидиарейные средства б) регидратацию в) антибактериальную терапию г) дезинтоксикацию	в) антибактериальную терапию	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
3	При генерализованных формах сальмонеллеза целесообразно назначение а) пенициллинов б) фторхинолонов в) тетрациклинов г) нитрофуранов	б) фторхинолонов	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html

			0474815.html - Режим доступа : по подписке
4	Суточная доза пенициллина для лечения менингококкового менингита средней тяжести (вес больного 80 кг) составляет _____ млн ед. а) 6 б) 24 в) 8 г) 2	б) 24	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
5	Препаратом этиотропной терапии гриппа является а) валацикловир б) фамцикловир в) ганцикловир г) занамивир	г) занамивир	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
6	Для снижения количества вируса в крови ВИЧ-инфицированной беременной необходимости провести консультирование и назначить а) иммуномодуляторы б) интерферогены в) антиретровирусные препараты г) софосбувир с даклатасвиром	в) антиретровирусные препараты	ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5421-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html Инфекционные

			<p>болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
7	<p>В лечении холеры на первый план выходит борьба с</p> <p>а) обезвоживанием б) гипертермией в) гипотермией г) интоксикацией</p>	а) обезвоживанием	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациентка 44 лет на приеме у врача. Жалобы на</p> <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие аппетита, - тошноту, - эпизодическую рвоту, - повышение t тела до 37,8⁰C, - общую слабость, - снижение работоспособности, - изменение цвета мочи (темно-коричневая) и кала (посветление). <p>Анамнез заболевания Считает себя больным в течение недели, когда отметил появление вышеуказанных жалоб. За медицинской</p>	<p>1. Энтеральных гепатитов Результаты лабораторных методов исследования Энтеральные гепатиты Анти-HEV класса IgM «положительно» Анти-HAV класса IgM «отрицательно» 2. Животноводов, работников скотобоен, ветеринаров, лесников и охотников. 3. Острый гепатит E, период разгара, среднетяжелая форма</p>	<p>Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-7640-6, DOI: 10.33029/9704-7640-6-VGK-2023-1-280. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

<p>помощью не обращался, принимал жаропонижающие с минимальным эффектом. На 2 день болезни отметил изменение цвета мочи (коричневый) и кала (посветление), нарастание общей слабости, жена обратила внимание на изменение цвета склер и кожи (желтушные). Сохранение жалоб послужило поводом обращения к врачу-гастроэнтерологу.</p> <p>Анамнез жизни</p> <ul style="list-style-type: none"> - Хронические заболевания отрицает. - курит 2-3 сигареты в день на протяжении 5 лет, алкоголем не злоупотребляет. - Женат, 2 детей, все здоровы. - Держит животноводческое хозяйство в Калужской области около 10 лет (продолжает семейное дело). - Питание регулярное, преимущественно мясо, молоко, фрукты, овощи, рыбу и морепродукты не любит. - Аллергических реакций не было. - Отец перенес транзиторную ишемическую атаку, мать страдает гипертонической болезнью. <p>Объективный статус</p> <p>Состояние средней тяжести. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение гиперстеническое. Рост 174 см. Масса тела 102 кг. Кожные покровы желтушные, чистые. Склеры иктеричны. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. При аускультации над легкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в 1 мин. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 110 в минуту. АД 105/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, пузырьные симптомы отрицательные, симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени +4 см по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих</p>	<p>течения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Их клинической формой. 5. Средней степени тяжести заболевания. 6. Инфузии 800 – 1200 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно. 7. После трансплантации, у ВИЧ-инфицированных или онкологических больных. 8. В случае продолжительной гипербилирубинемии, симптомах холестаза. 9. Метадоксина. 10. 1-3 месяцев. 11. Беременные в III триместре. 12. Желтуха. 	<p>URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476406.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
--	---	--

	<p>сторон. Физиологические отправления сохранены.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При подозрении на инфекционную природу желтухи, учитывая профессиональный анамнез пациентки, прежде всего, необходимо выполнить лабораторное исследование в сыворотке крови маркеров? 2. Гепатит E – профессиональное заболевание 3. Пациентке может быть установлен предполагаемый диагноз? 4. Дифференциальный диагноз энтеральных гепатитов определяется? 5. Пациентке показано стационарное лечение в связи с? 6. Дезинтоксикационная терапия, учитывая среднетяжелую форму течения острой HEV – инфекции у данного пациента, будет проводится в виде? 7. Этиотропная терапия у пациентов с острой HEV – инфекцией применяется? 8. Антихолестатическая терапия препаратами желчных кислот в сочетании с адеметионином показана при острой HEV – инфекции? 9. В качестве патогенетической терапии пациенту показано парентеральное введение? 10. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами острого гепатита E проводится в течение? 11. Наибольшему риску развития фульминантного гепатита E подвергаются? 12. В число характерных клинических симптомов периода разгара острого вирусного гепатита E входит? 		
2.	<p>Вызов врача на дом к пациенту 30 лет на 7-й день болезни.</p> <p>Жалобы на озноб, повышение температуры тела, повышенную потливость, слабость, головную боль.</p> <p>Анамнез заболевания.</p> <p>Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 39,2⁰С, головной боли, слабости. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, сопровождаемым обильным потоотделением. На 7-й день болезни ознобы усилились, температура тела периодически повышалась до 40,0⁰С.</p>	<p>1. Микроскопическое исследование тонкого мазка крови и микроскопическое исследование «толстая капля» крови (лабораторная диагностика малярии основана на прямом обнаружении возбудителя в периферической крови при исследовании толстой капли и тонкого мазка – СанПин 3.3686-21 «Санитарно-</p>	<p>1. Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

<p>Анамнез жизни. Инженер горнорудной промышленности. Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и двое детей). Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез: со слов пациента в последние 2 года прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа. Неделю назад вернулся из командировки из Эфиопии, где работал инженером-консультантом в горнорудной промышленности.</p> <p>Объективный статус. Температура тела 39,40С. Лицо гиперемировано. Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, сыпи на теле нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет. АД – 110/60 мм рт.ст., ЧСС – 102 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется на уровне края реберной дуги, селезенка пальпаторно не увеличена.</p> <p>Очаговых и менингеальных знаков нет.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие лабораторные методы обследования необходимо провести для постановки диагноза? 2. Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе? 3. Характерными клиническими признаками малярии являются? 4. Для малярии характерно наличие? 5. Дебют малярии может проявляться? 6. Дифференциальную диагностику малярии следует проводить с? 7. Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия? 8. Специфическим осложнением малярии является? 9. Тактика ведения больного малярией заключается в? 10. Купирующая терапия при неосложненной малярии включает назначение _____ препаратов? 11. Для купирующей терапии данного 	<p>эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»).</p> <p>Результаты лабораторных методов обследования.</p> <p>Паразитологическое исследование крови – микроскопия тонкого мазка крови, окрашенного по Романовскому-Гимзе обнаружены Plasmodium vivax 4 тысячи паразитов в 1 мкл крови.</p> <p>2. Малярия, вызванная Plasmodium vivax, среднетяжелое течение (острое начало заболевания с озноба, повышения температуры тела до 39,20С, с последующим обильным потоотделением, последовательность, указанных лихорадочных приступов (пароксизмов), предшествующее пребывания пациента в эндемичном по малярии региона. Также пациент не получал для профилактики противомаларийные препараты).</p> <p>3. Повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы, включающие последовательно появляющиеся признаки: озноб, жар, пот.</p> <p>4. Лихорадочных пароксизмов, гепатолиенального синдрома, гемолитической анемии.</p> <p>5. Инициальной лихорадкой (лихорадка неправильного типа) (при заражении малярией в организм человека попадает гетерогенная</p>	<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
--	---	--

	<p>большого целесообразно использовать?</p> <p>12. Наблюдение за больным, перенесшим малярию, вызванную <i>P. Vivax</i> осуществляется в течение?</p>	<p>популяции паразитов, и шизогония в начальном периоде происходит асинхронно, в связи с чем тип лихорадки может быть неправильным).</p> <p>6. Лихорадкой Данге.</p> <p>7. <i>Falciparum</i> (тропическая малярия наиболее тяжелая форма малярийной инфекции).</p> <p>8. Разрыв селезенки (редкое, но грозное осложнение при любой клинической форме малярии, разрыв органа может быть вызван перекрутом ее ножки с острым застоем крови и развитием субкапсулярной гематомы).</p> <p>9. Госпитализации в диагностическое отделение (необходимо для обследования и проведения этиотропной терапии, пациенты с малярией не опасны для окружающих).</p> <p>10. Гематошизотропных препаратов (воздействуют на бесполое эритроцитарные стадии паразитов в крови, эффективны для лечения трехдневной и <i>ovale</i>-малярии, радикального излечения тропической и четырехдневной малярии).</p> <p>11. Хлорохин (при обнаружении <i>P.vivax</i>, <i>P.ovale</i> или <i>P.malariae</i> применяют препараты из группы 4-аминохинолинов, чаще всего хлорохин – Делагил).</p> <p>12. 2 лет.</p>	
--	---	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Вирусный гепатит А: клиническая картина, периоды, степени тяжести,	Вирусные гепатиты:

	диагностика, дифференциальная диагностика, патогенетическая терапия, лечение.	клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-7640-6, DOI: 10.33029/9704-7640-6-VGK-2023-1-280. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476406.html . - Режим доступа: по подписке.
2	Вирусный гепатит В: клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.	Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-7640-6, DOI: 10.33029/9704-7640-6-VGK-2023-1-280. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476406.html . - Режим доступа: по подписке.
3	Острые бактериальные пищевые отравления: этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
4	Острая дизентерия: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, реабилитация.	Инфекционные болезни :

		<p>национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
5	Малярия: диагностика, лечение, профилактика.	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Для репликации вируса гепатита В характерно наличие сывороточных маркеров</p> <p>а) HBe Ag б) анти HBs в) анти HBe г) анти HBc IgG</p>	а) HBe Ag	<p>Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-7640-6, DOI: 10.33029/9704-7640-6-VGK-2023-1-280. - Текст : электронный // ЭБС</p>

			"Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476406.html . - Режим доступа: по подписке.
2	Критерием назначения антибактериальных препаратов при инфекционном мононуклеозе является а) наличие бактериальных осложнений б) наличие лимфопролиферативного синдрома в) гепатоспленомегалия г) высокая лихорадка	а) наличие бактериальных осложнений	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
3	Характерным осложнением коклюша является а) пневмония б) гломерулонефрит в) миокардит г) менингит	а) пневмония	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
4	Спазматический период коклюша длится а) более 1 мес б) 1 неделю в) 2-4 недели г) 1-2 недели	в) 2-4 недели	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный //

			ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
5	<p>К основным лечебным мероприятиям при ротавирусной инфекции относят</p> <p>а) назначение противовирусных препаратов</p> <p>б) назначение пребиотиков и пробиотиков</p> <p>в) пероральную и внутривенную регидратации</p> <p>г) назначение антибактериальных препаратов</p>	в) пероральную и внутривенную регидратации	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
6	<p>Осложнением инфекционного мононуклеоза является</p> <p>а) синдром Рейтера</p> <p>б) разрыв селезенки</p> <p>в) терминальный илеит</p> <p>г) острая почечная недостаточность</p>	б) разрыв селезенки	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
7	<p>Укажите не характерные признаки сыпи у больного корью:</p> <p>а) сыпь возникает на 3-4 дни болезни</p> <p>б) появление сыпи сопровождается нормализацией температуры</p> <p>в) элементы сыпи распространяются поэтапно на лицо, затем на туловище и на конечности</p> <p>г) элементы сыпи бесследно исчезают через 4-5 дней</p>	б) появление сыпи сопровождается нормализацией температуры	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный //</p>

			ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>В поликлинику обратилась пациентка 20 лет. Жалобы на зуд в области заднего прохода. Анамнез заболевания. Заболела около 10 дней назад, когда на фоне хорошего самочувствия стала ощущать зуд в области заднего прохода. Зуд беспокоит преимущественно по ночам. Анамнез жизни. Студентка. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки отрицает. Проживает в отдельной квартире с родителями. Эпиданамнез: месяц назад гостила на даче у подруги, купалась в речке, загорала на песке, играла с маленькими детьми. Имеет привычку грызть ногти. Объективный статус. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. АД – 105/60 мм рт.ст., ЧСС – 78 ударов в минут. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Менструальный цикл регулярный, патологических выделений нет. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие лабораторные методы обследования необходимо провести для постановки диагноза? 2. Какой основной диагноз? 3. К симптомам неосложненного энтеробиоза относят? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Микроскопия соскоба, мазка кала (метод выбора для выявления яиц остриц – исследование материала (соскоба), полученного с перианальных складок с помощью тампона, шпателя, прозрачной липкой ленты, методом отпечатка с применением стеклянных глазных палочек с клеевым слоем по Рабиновичу). Результаты лабораторных методов обследования. <i>Stroglyoides stercoralis</i> – отрицательно; <i>Trichocephalus trichiurus</i> – отрицательно; <i>Ascaris lumbricoides</i> – отрицательно; <i>Enterobius vermicularis</i> – положительно. 2. Энтеробиоз (клинические проявления энтеробиоза больше выражены у детей, у взрослых гельминтоз может протекать бессимптомно или субклинически; наиболее частый симптом – зуд в области заднего прохода). 3. Зуд в области заднего прохода и аногенитальной области (при низкой инвазии зуд возникает периодически, по мере созревания очередных поколений самок остриц; зуд появляется вечером или ночью, когда гельминты выползают из анального 	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>

	<p>4. Возможным осложнением энтеробиоза является?</p> <p>5. Дифференциальную диагностику энтеробиоза проводят с?</p> <p>6. При массивной инвазии при энтеробиозе возможны?</p> <p>7. При массивной инвазии при энтеробиозе возможно появление?</p> <p>8. Тактика ведения данного больного заключается в?</p> <p>9. Этиотропным средством для лечения энтеробиоза является?</p> <p>10. Повторный курс лечения энтеробиоза показано проводить через _____ день/дней после первого?</p> <p>11. Первое контрольное обследование больных энтеробиозом проводят через _____ после окончания курса лечения?</p> <p>12. Профилактика энтеробиоза включает?</p>	<p>отверстия).</p> <p>4. Парапроктит (длительное и сильное расчесывание зудящих мест (вокруг заднего прохода, в области промежности, половых губ) способствует лихенизации кожи и развитию экзематозного дерматита, пиодермии, сфинктерита, иногда парапроктита; энтеробиоз во многих случаях бывает «пусковым фактором» зудящих дерматозов аногенитальной области.</p> <p>5. Геморроем</p> <p>6. Боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запор или понос, иногда с примесью слизи.</p> <p>7. Аппендикулярной симптоматики (при проникновении остриц в червеобразный отросток могут появиться симптомы острого живота, в таких случаях больных оперируют: в удаленном аппендиксе обнаруживают катаральные изменения, в его просвете и толще слизистой находят яйца и взрослых гельминтов).</p> <p>8. Ведении пациента в амбулаторных условиях.</p> <p>9. Альбендазол (препараты выбора – альбендазол, мебендазол, карбендазим: в качестве альтернативы – пирантел).</p> <p>10. 14 дней (один курс может не оказать должного эффекта из-за возможности ре- и суперинвазии).</p> <p>11. 6 – 7 дней.</p> <p>12. Соблюдение правил личной гигиены.</p>	
--	--	--	--

№	Содержание задания	Источник
1	Гельминтозы: классификация, принципы диагностики, лечения и профилактики гельминтозов. Профилактика, реабилитация.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
2	Острая дизентерия: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, реабилитация.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
3	Энтеробиоз: клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, реабилитация.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим

		доступа : по подписке
4	Энтеровирусные заболевания: диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, реабилитация.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
5	Острый бруцеллез: диагностика, лечение, профилактика. Медицинская реабилитация при резидуальных формах бруцеллеза.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Кто руководит противоэпидемической работой в очаге особо опасных инфекций: а) санитарно-эпидемиологическая служба б) чрезвычайная противоэпидемическая комиссия в) президент государства	б) чрезвычайная противоэпидемическая комиссия	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные

			руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
2	<p>Организационные, административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение возникновения инфекционных заболеваний относят к _____ мероприятиям</p> <p>а) ограничительным (карантин) б) санитарно-просветительскую работу в) санитарно-противоэпидемическим г) профилактическим</p>	г) профилактическим	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
3	<p>Медицинское наблюдение за контактными и противоэпидемические мероприятия в очагах, сформированных больными хроническим гепатитом В, необходимо проводить в течение</p> <p>а) 1 года б) многих лет (часто пожизненно) в) 45 дней г) 6 месяцев</p>	б) многих лет (часто пожизненно)	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке</p>
4	<p>После полной иммунизации против гепатита В в крови выявляется наличие</p> <p>а) анти-НВс_{ог} и отсутствие анти-НВс б) НВс антигена и отсутствие анти-НВе в) анти-НВс и наличие анти-НВс_{ог} г) анти-НВс и отсутствие анти-НВс_{ог}</p>	г) анти-НВс и отсутствие анти-НВс _{ог}	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные</p>

			руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
5	Профилактикой гепатита В является а) питье кипяченой воды б) иммунизация населения в) отказ от алкоголя г) соблюдение диеты	б) иммунизация населения	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
6	Лица, имевшие половой или медицинский контакт с больным ВИЧ-инфекцией, проходят клинико-лабораторное обследование при выявлении и через (в месяцах) а) 3, 6, 12 б) 1, 2, 4 в) 1, 12, 24 г) 1, 3, 6	а) 3, 6, 12	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
7	. К препаратам, применяемым при проведении доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, относят а) фосампренавир + ритонавир б) тенофовир + эмтрицитабин в) ламивудин + зидовудин г) лопинавир + ритонавир	б) тенофовир + эмтрицитабин	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные

			руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больная 45 лет обратилась в поликлинику через 3 недели после начала заболевания.</p> <p>Жалобы на боль в горле при глотании, заложенность носа, повышение температуры тела до 37,3-37,5⁰С, общую слабость, сыпь на теле.</p> <p>Анамнез заболевания.</p> <p>Заболела остро 3 недели назад, почувствовала общую слабость, повысилась температура тела до 37,3⁰С. На третий день заболевания появилась боль в горле при глотании, заложенность носа. Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие средства, полоскала ротоглотку раствором ромашки, без эффекта. Четыре дня назад появилась сыпь на туловище, в последующие дни распространилась на лицо, руки. Кожного зуда нет. Обратилась к врачу. При сборе эпидемиологического анамнеза врач выяснил, что больная в течении года имеет полового партнера ранее длительно употреблявшего наркотики.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>Работает бухгалтером в строительной фирме. Проживает в отдельной квартире с сыном, разведена. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: корь, простудные заболевания, ангина в возрасте 20 лет, аппендэктомия в 35 лет, 8 месяцев назад проводилась плановая операция – грыжесечение (пупочная грыжа), проводилось обследование на HbsAg, антитела к ВГС и ВИЧ-инфекцию (результаты отрицательные). Вредные привычки: курит. Прививочный анамнез: не известен.</p> <p>Объективный статус.</p> <p>Температура тела 37,1⁰С. Кожные</p>	<p>1. Анализ крови на антитела к ВИЧ.</p> <p>2. Не является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания; возможно пациентка находится в стадии «серологического окна», и специфические антитела еще не появились.</p> <p>3. Определение РНК или ДНК ВИЧ (обнаружение методом ПЦР).</p> <p>4. 350 – 499 (в соответствии с классификацией ВОЗ выделяют следующие степени иммунных нарушений: отсутствие иммунодефицита или незначительный: CD 4>500 клеток/мкл; умеренный иммунодефицит: CD 4 350-499 клеток/мкл; выраженный иммунодефицит CD 4 200-349 клеток/мкл; тяжелый иммунодефицит: CD 4<200 клеток/мкл или <15%).</p> <p>5. Увеличение как минимум двух групп лимфоузлов (от 1 см и более у взрослых, за исключением паховых лимфоузлов, и от 0,5 см – у детей), сохраняющееся не менее 3 месяцев при отсутствии какого-либо</p>	<p>ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5421-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html</p>

<p>покровы обычной окраски. На лице, туловище, руках пятнисто-папулезная сыпь, местами сливная. Увеличены затылочные (2,0 – 2,5 см), заднешейные (1,5 – 2,0 см), подчелюстные (2,0 – 2,5 см), подмышечные (около 1 см), локтевые (0,5 – 1,0 см) лимфатические узлы. Лимфоузлы подвижные, безболезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки тусклая, в области небных дужек, миндалин, задней стенки глотки умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, с обеих сторон покрыты налетом белого цвета, который хорошо снимается шпателем, слизистая после снятия налета не кровоточит. Отека в зеве, подкожной клетчатки шеи нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 120/70 мм рт.ст., ЧСС – 86 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В данном случае для постановки диагноза необходимым является? 2. Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ? 3. В случае подозрения на острую ВИЧ инфекцию при отрицательных результатах ИФА далее в ходе обследования целесообразно провести? 4. Умеренный иммунодефицит соответствует содержанию CD4 лимфоцитов в пределах _____ клеток/мкл? 5. При развитии персистирующей генерализованной лимфаденопатии у пациентов с ВИЧ-инфекцией выявляется? 6. СПИД-индикаторными называются заболевания, которые развиваются на фоне нарастающей иммуносупрессии (тяжелые прогрессирующие заболевания), и? 7. В ходе обследования у пациентки с отрицательными результатами ИФА анализа на антитела к ВИЧ обнаружена РНК ВИЧ. Учитывая клинико- 	<p>текущего заболевания (при персистирующей генерализованной ЛАП отмечают как минимум двух групп ЛУ (от 1 см и более у взрослых, за исключением паховых ЛУ, и от 0,5 см – у детей), сохраняющееся не менее 3 месяцев. Наиболее часто увеличиваются шейные, затылочные и подмышечные ЛУ. В бессимптомную стадию возможно развитие персистирующей генерализованной ЛАП (в среднем продолжительность инфекционного процесса составляет от 6 месяцев до 5 лет). В данный период единственный клинический симптом заболевания – генерализованная ЛАП – увеличение ЛУ (не менее 1 см в диаметре) в двух и более несоприкасающихся внепаховых локусах, сохраняющее свой объем в течение по меньшей мере 3 месяцев при отсутствии какого-либо текущего заболевания).</p> <p>6. Обычно не встречаются у людей с нормально функционирующей иммунной системой.</p> <p>7. ВИЧ-инфекции, стадия 2Б (острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний) (острая стадия ВИЧ-инфекции может проявляться скрыто или сопровождаться множественными неспецифическими симптомами. В 50 – 70% случаев наступает период первичных клинических проявлений, при этом отмечают лихорадку,</p>	
---	--	--

<p>анамнестические, лабораторные данные можно думать о?</p> <p>8. Основной задачей антиретровирусной терапии является?</p> <p>9. Показателем вирусологической эффективности антиретровирусной терапии является?</p> <p>10. Рекомендуется начать антиретровирусную терапию в приоритетном порядке (не позднее 2 недель) при вирусной нагрузке от _____ копий/мл и более?</p> <p>11. Основной причиной гибели больных СПИДом в настоящее время является?</p> <p>12. Рентгенографию (или флюорографию) органов грудной клетки и диаскин-тест больным с ВИЧ-инфекцией проводят _____ раза в год.</p>	<p>ЛАП, эритематозную или макулопапулезную сыпь на лице, туловище и конечностях; миалгии или артралгии. Реже больные жалуются на диарею, головную боль, тошноту, рвоту. Возможно увеличение печени и селезенки. В течение данного периода подтвердить диагноз можно только при помощи ПЦР. ПЦР позволяет обнаружить РНК вируса. Иногда определяют протеин р24-антиген ВИЧ. Антитела к ВИЧ в период острой стадии, как правило, не обнаруживаются. В первые 3 месяца после заражения антитела к ВИЧ появляются у 90-95% пациентов, через 6 месяцев – у остальных 5 – 9%, а в более поздние сроки – только у 0,5 – 1%).</p> <p>8. Максимальное подавление размножения ВИЧ (это сопровождается снижением содержания РНК ВИЧ в крови (вирусная нагрузка) до неопределяемого методом ПЦР уровня).</p> <p>9. Снижение количества РНК ВИЧ до неопределяемого уровня (АРТ считается эффективной, если через 1 месяц ВН снижается в 10 и более раз, через 3 месяца терапии – ниже 400 копий/мл, а через 6 месяцев – менее 50 копий/мл).</p> <p>10. 100 000 (рекомендуется начать АРТ в приоритетном порядке (не позднее 2 недель) при наличии: клинических стадий 2Б, 2В, 4 и 5 по РК; при</p>	
--	---	--

		<p>количестве CD4 менее 350 клеток/мкл: ВН>100 000 копий/мл).</p> <p>11. Генерализованный туберкулез.</p> <p>12. 2 раза.</p>	
2	<p>Вызов врача на дом к пациентке 65 лет. Жалобы на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней. Анамнез заболевания. Заболела вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2⁰С, головной боли, слабости. Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом. Утром заметила отек и покраснение в области щек и носа.</p> <p>Анамнез жизни. Пенсионерка. Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуком. Данным заболеванием болеет в первый раз. Вредные привычки: отрицает. За несколько дней до заболевания пациентка перенесла ОРВИ, после которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки. Перенесенные заболевания: Артериальная гипертензия 1 ст. (принимает «эналаприл»), желчекаменная болезнь, варикозная болезнь нижних конечностей, ожирение II степени, сахарный диабет отрицает (однако, имеет дома глюкометр: натощак глюкоза крови 7,3 – 7,8).</p> <p>Объективный статус. Температура тела 38,2⁰С. В области щек и носа яркая эритема с четкими неровными контурами в виде зубцов. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, имеются мелкие геморрагии, отек лица. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации. АД – 140/80 мм рт.ст, ЧСС – 92 удара в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой симптоматики нет.</p> <p>Вопросы.</p> <p>1. Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для</p>	<p>1. ОАК (диагноз рожи основан на наличии клинического симптомокомплекса, включающего синдром интоксикации и развитие характерного рожистого очага – изменения в ОАК (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево и увеличение СОЭ – являются косвенным подтверждением диагноза).</p> <p>ОАМ (в остром периоде у ряда больных отмечается умеренная кратковременная протеинурия).</p> <p>Результаты лабораторных методов исследования</p> <p>ОАК</p> <p>Гемоглобин 135 г/л, эритроциты 4,47x10¹²/л, тромбоциты 340x10⁹/л, лейкоциты 10,5x10⁹/л, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 62%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 6%, СОЭ 25 мм/час.</p> <p>ОАМ</p> <p>Прозрачная, удельный вес 1015, реакция (рН) 6,4, белок 0,5 г/л, сахар отсутствует, желчные пигменты отсутствуют, эпителий плоский 1-3, эпителий переходный отсутствует, цилиндры гиалиновые 1-2, лейкоциты 5-7, эритроциты 2-3, бактерии 1x10⁵, соли оксалаты.</p> <p>2. Эритематозно-геморрагическая рожа лица, первичная, средней тяжести (острое начало</p>	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>

<p>подтверждения предполагаемого диагноза?</p> <p>2. Учитывая клиничко-анамнестические и лабораторные данные, о каком диагнозе можно думать?</p> <p>3. Диагностическим критерием местного очага воспаления при роже является?</p> <p>4. К первичным элементам рожистого очага относят?</p> <p>5. К провоцирующим факторам при роже относят?</p> <p>6. Предрасполагающим фактором для возникновения рожи у этой пациентки является?</p> <p>7. К общим осложнениям рожи относится?</p> <p>8. Для лечения первичной неосложненной рожи применяют?</p> <p>9. Дополнительно этой пациентке целесообразно назначить?</p> <p>10. Методом профилактики рецидивов рожи является?</p> <p>11. Показанием для профилактического назначения бициллина-5 больным рожей является?</p> <p>12. При частых рецидивах рожи длительность бицилинопрофилактики составляет не менее _____ месяцев?</p>	<p>болезни с синдрома интоксикации (озноба, высокой температуры, головной боли, слабости), развитие характерного местного очага с эритемой, геморрагиями, отеком и регионарным лимфаденитом).</p> <p>3. Эритема с четкими границами и неровными контурами, горячая на ощупь (при роже эритема представляет собой четко ограниченный участок гиперемии кожи с неровными границами в виде зубцов, языков; кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горяча на ощупь, умеренно болезненна при пальпации (больше по периферии эритемы); в ряде случаев можно обнаружить «периферический валик» в виде инфильтрированных и возвышающихся краев эритемы; наряду с гиперемией и инфильтрацией кожи развивается ее отек, распространяющийся за пределы эритемы).</p> <p>4. Эритему (на коже появляется небольшое красное или розовое пятно, которое в течение нескольких часов превращается в характерную рожистую эритему).</p> <p>5. Нарушение целостности кожных покровов.</p> <p>6. Метаболический синдром (основными предрасполагающими факторами при развитии рожи являются: фоновые (сопутствующие) заболевания: микозы стоп</p>	
--	--	--

	<p>(при роже нижних конечностей до 100% случаев), сахарный диабет 2 типа (не менее 10-15% всех больных), ожирение – 15-20% всех больных, хроническая варикозная недостаточность, тонзиллит, отит, синусит, кариес, пародонтоз, остеомиелит, тромбоз, язвы (трофические – чаще при роже нижних конечностей). Учитывая, что у пациентки рожа лица, но в анамнезе нет сопутствующих заболеваний, указывающих на местные предпосылки развития рожи, то наличие таких фоновых общих предпосылок, как ожирение, АГ, снижение толерантности к глюкозе являются предрасполагающими факторами развития данного заболевания. Нарушение целостности слизистой оболочки носа следует рассматривать как «триггерный» механизм, т.е. провоцирующий фактор после перенесенного ОРЗ).</p> <p>7. Инфекционно-токсический шок (общие осложнения рожи: сепсис, ИТШ, тромбоэмболия легочной артерии и др.).</p> <p>8. Бензилпенициллин натриевую соль (при переносимости используется в суточной дозе 6-12 млн ЕД или пенициллин Gr (1,2 млн ЕД) внутримышечно, курс 10 дней).</p> <p>9. Курс физиотерапии (УФО, УВЧ) (в остром периоде традиционно</p>	
--	---	--

		<p>назначается УФО на область очага воспаления и УВЧ на область регионарных ЛУ (5-10 процедур).</p> <p>10. Полноценное лечение первичной рожи.</p> <p>11. Рецидивирующее течение.</p> <p>12. 12-ти (при частых рецидивах (не менее трех за последний год) рожи целесообразен метод непрерывной (круглогодичной) бицилинопрофилактики на протяжении 1 года и более, с интервалом введения препарата в 3 недели (в первые месяцы интервал может быть сокращен до 2 недель).</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Этиология, эпидемиология, патоморфология кишечных инфекций.</p> <p>Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции</p>	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.</p>
2	<p>Профилактика кишечных инфекций. Принципы диспансерного наблюдения за пациентами с кишечными инфекциями</p>	<p>Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный //</p>

		ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
3	Вирусный гепатит С: лечение, профилактика, реабилитация.	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html - Режим доступа : по подписке.
4	ВИЧ-инфекция: профилактика и лечение вторичных заболеваний, реабилитация.	ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5421-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html
5	Гельминтозы (аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз, тениоз, тениаринхоз, дифиллоботриоз): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики	Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**1. Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) - 91-100%	
Отлично (5)	

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального

	представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	---

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов
Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ОД.1</i>	«Инфекционные болезни»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><i>Б 1.В.ОД.1</i> «Инфекционные болезни»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Реабилитация при хронических вирусных гепатитах.2. Бруцеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, клиничко-лабораторная диагностика, осложнения, лечение, профилактика.3. Реабилитация больных хроническим бруцеллезом.4. Туляремия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиничко-лабораторная диагностика, осложнения, лечение, профилактика.5. Лептоспироз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиничко-лабораторная диагностика, осложнения, лечение, профилактика.6. Столбняк: этиология, эпидемиология, патогенез, клиничко-лабораторная диагностика, осложнения, лечение, профилактика.7. Рожа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиничко-лабораторная диагностика, осложнения, лечение, профилактика.8. Бешенство: этиология, эпидемиология, патогенез, клиничко-лабораторная диагностика, осложнения, лечение, профилактика.9. ВИЧ-инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиничко-лабораторная диагностика, осложнения, лечение, реабилитация, профилактика.10. Паллиативная помощь больным терминальной стадией ВИЧ-инфекции.11. Вирусный гепатит А и беременность.12. Гельминтозы: классификация, пути передачи, меры профилактики13. Диарейный синдром и беременность.14. Алгоритм дифференциальной диагностики болезней с диарейным синдромом.15. Алгоритм дифференциальной диагностики
---	---

	<p>болезней с лихорадочным синдромом.</p> <p>16. Алгоритм дифференциальной диагностики болезней с менингеальным синдромом.</p> <p>17. Алгоритм дифференциальной диагностики болезней с желтушным синдромом.</p> <p>18. Алгоритм дифференциальной диагностики болезней с синдромом лимфаденопатии.</p> <p>19. Алгоритм дифференциальной диагностики болезней с экзантемным синдромом.</p>
--	--

Перечень дискуссионных тем:

<p><i>Б 1.В.ОД.1</i> «Инфекционные болезни»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». 2. Эпидемиологическая характеристика проявлений эпидемического процесса кишечных инфекций. 3. Сравнительная характеристика эпидемического процесса кишечных инфекций при различных путях передачи возбудителя. 4. Эпидемический процесс шигеллезов. 5. Направленность и содержание профилактической и противоэпидемической работы при шигеллезах. 6. Эпидемиология вирусных гепатитов с фекально-оральным механизмом передачи (А,Е). 7. Эпидемиология вирусных гепатитов с контактными и искусственными механизмами передачи (В,С,Д). 8. Учение о природной очаговости. 9. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе развития эпидемии. 10. Санитарная охрана территории страны от завоза и распространения инфекционных болезней.
--	---

Темы рефератов

<p><i>Б 1.В.ОД.1</i> «Инфекционные болезни»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эпидемический процесс, его структура, формы проявления. 2. Социальные и природные факторы, их роль в развитии эпидемического процесса. 3. Организация и проведение противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней. 4. Эпидемиологический надзор за инфекционными болезнями. 5. Эпидемиологические исследования. 6. Иммунологические механизмы действия вакцин, характеристика типов вакцин. 7. Национальный календарь профилактических прививок. 8. Показания и противопоказания к вакцинопрофилактике. 9. Прививочные реакции, поствакцинальные
--	--

	осложнения, дифференциальная диагностика. 10. Средства пассивной иммунизации, показания к их применению.
--	---

Критерии и шкала оценивания

3. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

4. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Методом лечения доброкачественного позиционного головокружения является а) маневр Эпли б) электрофорез в) гидрокортизоном на шейно-	а) маневр Эпли	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н.

	<p>воротниковую зону в) остеопатия г) прием бетагистина</p>		<p>Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
2	<p>Функционально обратимые изменения в головном мозге возникают при его а) ушибе б) сдавлении в) диффузно-аксональном повреждении г) сотрясении</p>	г) сотрясении	<p>Клиническая неврология / Р. П. Саймон, М. Дж. Аминофф, Д. А. Гринберг ; пер. с англ. под ред. А. А. Скоромца. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-6299-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462997.html</p>
3	<p>Головную боль напряжения характеризует а) односторонняя локализация б) двусторонняя локализация в) высокая интенсивность г) продолжительность в течение нескольких минут</p>	б) двусторонняя локализация	<p>Парфенов, В. А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / Парфенов В. А. , Головачева В. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 288 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4536-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445365.html</p>
4	<p>Для невралгии тройничного нерва характерны болевые приступы, которые продолжаются в течение: а) секунд б) минут</p>	а) секунд	<p>Парфенов, В. А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / Парфенов В. А. ,</p>

	<p>в) часов г) дней д) неделя</p>		<p>Головачева В. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 288 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4536-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445365.html</p>
5	<p>К генерализованным эпилептическим припадкам относятся: а) абсансы б) вегетативно-висцеральные припадки в) простые парциальные припадки г) все ответы правильные д) нет правильного ответа</p>	а) абсансы	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
6	<p>Препаратом выбора при любом типе эпилептических припадков является а) вальпроевая кислота б) фенобарбитал в) дефинин г) диазепам</p>	а) вальпроевая кислота	<p>Неотложные состояния в неврологии : учебное пособие / В. М. Алифирова, М. А. Никитина, Д. М. Плотников [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2022. — 174 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/389018</p>
7	<p>К идиопатической относится эпилепсия а) посттравматическая б) с неизвестной этиологией в) наследственно обусловленная г) постинсультная</p>	в) наследственно обусловленная	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. -</p>

		Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной Б., 68 лет. Последние два года появился шум в голове, головокружение, периодические несильные головные боли, нарушение памяти, внимания, снизилась физическая и особенно умственная работоспособность. Стал раздражительным. Сегодня утром, проснувшись, почувствовал слабость и онемение в правой руке и правой ноге. В течение нескольких часов слабость в них нарастала и активные движения полностью исчезли. Одновременно развивалось нарушение речи: слова окружающих понимает хорошо, а сам ничего сказать не может. Больной госпитализирован.</p> <p>Объективно: сознание ясное, АД 105/60 мм рт.ст., пульс 78 ударов в мин.; опущен правый угол рта, язык отклоняется вправо, отсутствуют активные движения в правых конечностях, сухожильные рефлексы с правых конечностей высокие, патологические кистевые и стопные знаки справа; снижение чувствительности в правой половине туловища (гемиянестезия); афазия (?).</p> <p>Данные лабораторных исследований: общий анализ крови без особенностей, повышен протромбиновый индекс. Ликвор: бесцветный, прозрачный, вытекает со скоростью 60 капель в мин., содержание хлоридов и белка в норме.</p> <p>Вопросы: 1. Какой вид афазии наблюдается у больного? 2. Обоснуйте предполагаемый диагноз. 3. Подтвердите диагноз данными лабораторных исследований. 4. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента. 5. Определите объем неотложного лечения и ухода.</p>	<p>1. Состояние, когда больной понимает речь окружающих, а сам утрачивает способность говорить, называется моторной афазией.</p> <p>2. Отсутствие общемозгового синдрома и постепенное развитие очагового синдрома в течение нескольких часов на фоне нормального или пониженного АД свидетельствует о наличии острого нарушения мозгового кровообращения по типу ишемического тромботического инсульта (инфаркта мозга).</p> <p>3. Отсутствие изменений в ликворе и наличие повышенного протромбинового индекса в крови подтверждает диагноз ишемического инсульта тромботического генеза.</p> <p>4. Приоритетные проблемы пациента: ограничение самообслуживания, нарушение речевого контакта с окружающими Потенциальные проблемы: риск развития гипостатической пневмонии, формирования пролежней и контрактур в парализованных конечностях.</p> <p>5. Необходимо организовать: общий</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>

		<p>гигиенический уход; адекватное общение с пациентом, учитывая моторную афазию; профилактику развития пневмонии; профилактику формирования пролежней; профилактику формирования контрактур в парализованных конечностях.</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Нарушения сознания. Синкопе. Спутанность сознания и делирий. Сопор. Кома. Смерть мозга.	Неотложные состояния в неврологии : учебное пособие / В. М. Алифирова, М. А. Никитина, Д. М. Плотников [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2022. — 174 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/389018
2	Физиологические особенности мозгового кровообращения. Патопфизиология ишемического повреждения головного мозга. Этиология и патогенез ишемических нарушений мозгового кровообращения.	Клиническая неврология / Р. П. Саймон, М. Дж. Аминофф, Д. А. Гринберг ; пер. с англ. под ред. А. А. Скоромца. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-6299-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462997.html
3	Сосудистые заболевания головного мозга. Факторы риска мозгового инсульта. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Диагностика. Лечение.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. -

		(Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
4	Болезнь Паркинсона. Сосудистый паркинсонизм. Постэнцефалитический паркинсонизм. Лекарственный паркинсонизм. Токсический паркинсонизм. Посттравматический паркинсонизм. Ювенильный паркинсонизм. Диагностика Лечение.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
5	Хронические нарушения мозгового кровообращения. Этиология. Патогенез.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Согласие пациента или его законного	в) кроме случаев,	Неврология :

	<p>представителя на медицинское вмешательство следует получать всегда</p> <p>а) при проведении медицинского вмешательства</p> <p>б) когда медицинское вмешательство проводится в плановом порядке</p> <p>в) кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно</p> <p>г) кроме случаев, когда пациенту требуется высокотехнологичная помощь</p>	<p>когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно</p>	<p>национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
2	<p>Не допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя</p> <p>а) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений</p> <p>б) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю</p> <p>в) по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина</p> <p>г) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством</p>	<p>в) по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина</p>	<p>Федин, А. И. Амбулаторная неврология. Избранные лекции для врачей первичного звена здравоохранения / Федин А. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5159-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970451595.html</p>
3	<p>Обмен данными между медицинскими организациями в электронном виде обеспечивает</p> <p>а) портал государственных услуг</p> <p>б) единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)</p> <p>в) электронное Правительство</p> <p>г) федеральный регистр медицинских работников</p>	<p>б) единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)</p>	<p>Федин, А. И. Амбулаторная неврология. Избранные лекции для врачей первичного звена здравоохранения / Федин А. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5159-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970451595.html</p>
4	<p>Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является</p> <p>а) показатель</p> <p>б) модуль</p> <p>в) вариация</p> <p>г) медиана</p>	<p>а) показатель</p>	<p>Федин, А. И. Амбулаторная неврология. Избранные лекции для врачей первичного звена здравоохранения</p>

			/ Федин А. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5159-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451595.html
5	Отказ в предоставлении средств массовой информации сведений возможен, если они содержат а) врачебную тайну б) показатели заболеваемости населения в) анализ качества оказания медицинской помощи г) данные о летальности пациентов в стационаре	а) врачебную тайну	Федин, А. И. Амбулаторная неврология. Избранные лекции для врачей первичного звена здравоохранения / Федин А. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5159-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451595.html
6	Наиболее информативным методом исследования невротических расстройств является а) электроэнцефалография б) нейропсихологическое исследование в) психологическое тестирование г) МРТ головного мозга	в) психологическое тестирование	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html
7	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет на а) подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов б) участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций в) участие в научно-практических конференциях г) предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах	г) предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной Б., 68 лет. Последние два года появился шум в голове, головокружение, периодические несильные головные боли, нарушение памяти, внимания, снизилась физическая и особенно умственная работоспособность. Стал раздражительным.</p> <p>Сегодня утром, проснувшись, почувствовал слабость и онемение в правой руке и правой ноге. В течение нескольких часов слабость в них нарастала и активные движения полностью исчезли. Одновременно развивалось нарушение речи: слова окружающих понимает хорошо, а сам ничего сказать не может. Больной госпитализирован.</p> <p>Объективно: сознание ясное, АД 105/60 мм рт.ст., пульс 78 ударов в мин.; опущен правый угол рта, язык отклоняется вправо, отсутствуют активные движения в правых конечностях, сухожильные рефлексы с правых конечностей высокие, патологические кистевые и стопные знаки справа; снижение чувствительности в правой половине туловища (гемиянестезия); афазия (?).</p> <p>Данные лабораторных исследований: общий анализ крови без особенностей, повышен протромбиновый индекс. Ликвор: бесцветный, прозрачный, вытекает со скоростью 60 капель в мин., содержание хлоридов и белка в норме.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид афазии наблюдается у больного? 2. Обоснуйте предполагаемый диагноз. 3. Подтвердите диагноз данными лабораторных исследований. 4. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента. 5. Определите объем неотложного лечения и ухода. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Состояние, когда больной понимает речь окружающих, а сам утрачивает способность говорить, называется моторной афазией. 2. Отсутствие общемозгового синдрома и постепенное развитие очагового синдрома в течение нескольких часов на фоне нормального или пониженного АД свидетельствует о наличии острого нарушения мозгового кровообращения по типу ишемического тромботического инсульта (инфаркта мозга). 3. Отсутствие изменений в ликворе и наличие повышенного протромбинового индекса в крови подтверждает диагноз ишемического инсульта тромботического генеза. 4. Приоритетные проблемы пациента: ограничение самообслуживания, нарушение речевого контакта с окружающими. Потенциальные проблемы: риск развития гипостатической пневмонии, формирования пролежней и контрактур в парализованных конечностях. 5. Необходимо организовать: общий гигиенический уход; адекватное общение с пациентом, учитывая моторную афазию; профилактику развития пневмонии; 	<p>Неотложные состояния в неврологии : учебное пособие / В. М. Алифирова, М. А. Никитина, Д. М. Плотников [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2022. — 174 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/389018</p>

		профилактику формирования пролежней; профилактику формирования контрактур в парализованных конечностях.	
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Медицинская документация, ЕМИАС, электронная амбулаторная карта.	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html
2	Принципы обследования неврологического больного в амбулаторной практике. Основные неврологические симптомы и синдромы. Патологические рефлексy. Менингеальные симптомы.	Котов, С. В. Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы / Котов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-1886-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418864.html
3	Определение моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц), тактильной и болевой чувствительности, рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек), координации движений. Диагностика заболеваний периферической нервной системы.	Котов, С. В. Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы / Котов С. В. - Москва : ГЭОТАР-

		Медиа, 2011. - 672 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-1886-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418864.html
4	Сосудистые заболевания головного мозга. Факторы риска мозгового инсульта. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте.	Клиническая неврология / Р. П. Саймон, М. Дж. Аминофф, Д. А. Гринберг ; пер. с англ. под ред. А. А. Скоромца. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-6299-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462997.html
5	Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы и воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек.	Клиническая неврология / Р. П. Саймон, М. Дж. Аминофф, Д. А. Гринберг ; пер. с англ. под ред. А. А. Скоромца. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-6299-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462997.html

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями	г) предоставление пациенту недостоверной, неполной или	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.

	<p>является запрет на</p> <p>а) подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов</p> <p>б) участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций</p> <p>в) участие в научно-практических конференциях</p> <p>г) предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах</p>	<p>искаженной информации об используемых лекарственных препаратах</p>	<p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html</p>
2	<p>Медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, является</p> <p>а) неотложной</p> <p>б) реабилитационной</p> <p>в) экстренной</p> <p>г) плановой</p>	<p>а) неотложной</p>	<p>Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html</p>
3	<p>О качестве профилактической работы свидетельствует показатель</p> <p>а) охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами</p> <p>б) занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население</p> <p>в) отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся</p> <p>г) текущести кадров</p>	<p>а) охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами</p>	<p>Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html</p>
4	<p>Листок нетрудоспособности выполняет функции юридическую, финансовую и</p> <p>а) диагностическую</p> <p>б) статистическую</p> <p>в) страховую</p> <p>г) государственную</p>	<p>б) статистическую</p>	<p>Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html</p>
5	<p>Паспортная часть медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма №025/У), заполняется</p> <p>а) медицинской сестрой</p> <p>б) врачом-статистиком</p> <p>в) врачом-терапевтом</p> <p>г) медицинским регистратором</p>	<p>г) медицинским регистратором</p>	<p>Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html</p>

			ru.ru/book/AOR-2021.html
6	<p>Врачебная комиссия в медицинской организации создается и работает на основании</p> <p>а) распоряжения органа исполнительной власти субъекта Федерации</p> <p>б) наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности</p> <p>в) постановления органов местного самоуправления</p> <p>г) приказа руководителя медицинской организации</p>	г) приказа руководителя медицинской организации	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru.ru/book/AOR-2021.html
7	<p>Разрабатывать и утверждать клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи могут только</p> <p>а) органы местного самоуправления</p> <p>б) медицинские профессиональные некоммерческие организации</p> <p>в) Министерство здравоохранения РФ и Министерство юстиции РФ</p> <p>г) органы исполнительной власти</p>	б) медицинские профессиональные некоммерческие организации	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru.ru/book/AOR-2021.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной Д., 35 лет, грузчик. Во время работы внезапно почувствовал сильную боль в голове, шум в ушах, появилась рвота, потерял сознание, был общий судорожный припадок с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Госпитализирован в больницу.</p> <p>Объективно: возбужден, пытается встать с постели, дезориентирован; АД 180/110 мм рт. ст., ЧСС – 52 ударов в мин., температура 38 С; выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига и Брудзинского. Ликвор: вытекает со скоростью 100 капель в минуту; красного цвета, повышено содержание белка.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Обоснуйте предполагаемый диагноз.</p> <p>2. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента.</p> <p>3.Определите объем неотложного лечения.</p> <p>4.Какой прогноз для жизни и трудоспособности?</p>	<p>1. Острое начало заболевания на фоне физической нагрузки, сопровождающееся развитием общемозгового и менингеального синдромов, свидетельствует об остром нарушении мозгового кровообращения геморрагического характера – субарахноидальном кровоизлиянии.</p> <p>2. Приоритетные проблемы пациента: гиперестезия, рвота, головная боль, судорожные припадки. Потенциальные проблемы: риск развития гипостатической пневмонии, риск развития пролежней, повторное кровоизлияние.</p> <p>3.Пациенту необходим строгий постельный</p>	<p>Неотложные состояния в неврологии : учебное пособие / В. М. Алифирова, М. А. Никитина, Д. М. Плотников [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2022. — 174 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/389018</p>

	режим в течение 21 дня, мероприятия, направленные на остановку кровотечения (холод к голове, кровоостанавливающие средства), профилактика отека мозга (дегидратационная терапия). Для решения вопроса о хирургическом лечении – консультация нейрохирурга. 4. Благоприятный, при условии хирургического лечения сосудистой аневризмы головного мозга.	
--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Порядок выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности (при заболеваниях и травмах, на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, по уходу за больным членом семьи, при карантине, при протезировании, по беременности и родам)	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html
2	Медицинская документация, ЕМИАС, электронная амбулаторная карта.	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html
3	Принципы обследования неврологического больного в амбулаторной практике. Основные неврологические симптомы и синдромы.	Критерии оценки качества медицинской помощи для врачей-неврологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/AOR-2021.html

		ry.ru/book/AOR-2021.html
4	Физиологические особенности мозгового кровообращения. Патофизиология ишемического повреждения головного мозга. Этиология и патогенез ишемических нарушений мозгового кровообращения.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
5	Сосудистые заболевания головного мозга. Факторы риска мозгового инсульта. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html

ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному а) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук	а) сесть из положения лежа на спине скрещенными на груди руками	Котов, С. В. Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая

	<p>в) стоя отклониться назад г) коснуться пальцем кончика носа</p>		<p>диагностика заболеваний нервной системы / Котов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-1886-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418864.html</p>
2	<p>Клиническим признаком нейропатии наружного кожного нерва бедра является а) снижение коленного рефлекса б) гипестезия по наружной задней поверхности бедра в) гипестезия по наружной передней поверхности бедра г) снижение подошвенного рефлекса</p>	<p>в) гипестезия по наружной передней поверхности бедра</p>	<p>Котов, С. В. Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы / Котов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-1886-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418864.html</p>
3	<p>Наиболее типичным нарушением походки при рассеянном склерозе является а) «утиная» походка б) спастико-атактическая походка в) апраксия ходьбы г) стелппаж</p>	<p>б) спастико-атактическая походка</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
4	<p>В диагностике ортостатических синкопе методом выбора является а) ЭЭГ</p>	<p>б) тилт-тест</p>	<p>Клиническая неврология / Р. П.</p>

	<p>б) тилт-тест в) МРТ головного мозга г) холтер-ЭКГ</p>		<p>Саймон, М. Дж. Аминофф, Д. А. Гринберг ; пер. с англ. под ред. А. А. Скоромца. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - ISBN 978-5- 9704-6299-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462997.html</p>
5	<p>Менингеальные знаки включают в себя а) ригидность затылочных мышц б) симптом натяжения в) декортикационную ригидность г) асинергию Бабинского</p>	<p>а) ригидность затылочных мышц</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
6	<p>Головная боль при кровоизлиянии в мозг: а) не характерна б) внезапная острая в) умеренная г) разлитая д) нет правильного ответа</p>	<p>б) внезапная острая</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
7	<p>Абсолютным электроэнцефалографическим признаком эпилепсии является</p>	<p>б) комплексов «пик-волна»</p>	<p>Неробкова, Л. Н. Клиническая</p>

	<p>наличие пароксизмальных</p> <p>а) ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазоне</p> <p>б) комплексов «пик-волна»</p> <p>в) ритмических феноменов в дельта-диапазоне</p> <p>г) ритмических феноменов в тета-диапазоне</p>		<p>электроэнцефалографии.</p> <p>Фармакоэлектроэнцефалография / Неробкова Л. Н., Авакян Г. Г., Воронина Т. А., Авакян Г. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 288 с. (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4519-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445198.html</p>
--	---	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной Г., 41 год. Поступил в неврологическое отделение с отсутствием речи и активных движений в правых конечностях. Со слов родственников заболел три недели назад, лечился в поликлинике по поводу гипертонической болезни. Два дня назад на фоне гипертонического криза «отнялись» речь, правая рука и нога. Год назад отмечалось подобное нарушение движений в конечностях, но тогда активные движения восстановились на второй день.</p> <p>Объективно: сознание ясное, АД 180/100 мм рт.ст., пульс 70 ударов в мин.; не говорит, речь окружающих людей не понимает; правые конечности падают как плети, правосторонняя гиперрефлексия, патологические кистевые и стопные рефлексы справа.</p> <p>Ликвор: прозрачный, бесцветный, вытекает со скоростью 60 капель в мин, содержание белка и хлоридов в норме.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Какой вид расстройства речи у больного?</p> <p>2.Обоснуйте диагноз, подтвержденный данными исследования ликвора.</p> <p>3. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента.</p> <p>4.Определите объем неотложного лечения.</p>	<p>1. Состояние, когда больной не говорит и не понимает речь окружающих людей, называется сенсорной и моторной афазией.</p> <p>2. Отсутствие общемозгового синдрома и развитие очаговой симптоматики на фоне гипертонического криза свидетельствует об остром нарушении мозгового кровообращения. Отсутствие в ликворе примеси крови свидетельствует об ишемическом характере процесса, т.е. об инфаркте мозга.</p> <p>3. Приоритетные проблемы пациента: полное отсутствие речевого контакта с окружающими, ограничение самообслуживания в связи с параличом правых конечностей. Потенциальные проблемы: риск развития пролежней, риск развития гипостатической пневмонии, риск формирования контрактур</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>

		<p>парализованных конечностях.</p> <p>4. Необходима стабилизация АД – назначение гипотензивных препаратов, улучшение мозгового кровообращения – сосудистая терапия, нормализация обменных процессов в мозге – ноотропные препараты.</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Принципы обследования неврологического больного в амбулаторной практике. Основные неврологические симптомы и синдромы. Патологические рефлексы. Менингеальные симптомы. Определение моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц), тактильной и болевой чувствительности, рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек), координации движений. Диагностика заболеваний периферической нервной системы.</p>	<p>Федин, А. И. Амбулаторная неврология. Избранные лекции для врачей первичного звена здравоохранения / Федин А. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5159-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451595.html</p>
2	<p>Лабораторные методы исследования в неврологии. Исследование цереброспинальной жидкости.</p>	<p>Современные методы исследования в неврологии : учебное пособие / А. М. Долгов, Н. В. Аптикеева, А. Ю. Рябченко [и др.]. — Оренбург : ОрГМУ, 2022. — 48 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/340661</p>
3	<p>Менингиты. Энцефалиты. Герпетические поражения нервной системы. Клинические проявления. Диагностика.</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И.</p>

		Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrarу.ru/book/ISBN9785970466728.html
4	Инвазивные методы исследования в неврологии: люмбальная пункция, ангиография.	Современные методы исследования в неврологии : учебное пособие / А. М. Долгов, Н. В. Аптикеева, А. Ю. Рябченко [и др.]. — Оренбург : ОрГМУ, 2022. — 48 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/340661
5	Методы визуализации в неврологии (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность), рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая доплерография, эхоэнцефалография.	Современные методы исследования в неврологии : учебное пособие / А. М. Долгов, Н. В. Аптикеева, А. Ю. Рябченко [и др.]. — Оренбург : ОрГМУ, 2022. — 48 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/340661

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Препаратом выбора при любом типе эпилептических припадков является а) вальпроевая кислота б) фенобарбитал в) дефинин г) диазепам	а) вальпроевая кислота	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-

			Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
2	Для купирования алкогользависимых судорог применяется раствор _____ в/в а) тиамин 100 мг б) диазепама (Реланиум) 5 – 10 мг в) маннитола 400,0 г) глюкозы 50% 10,0 мл	б) диазепама (Реланиум) 5 – 10 мг	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
3	Мозговой кровоток улучшает а) карбамазепин б) ипратропия бромид в) глибенкламид г) винпоцетин	г) винпоцетин	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
4	Применение антикоагулянтов при сосудистой деменции противопоказано при а) выявлении одиночных микрокровоизлияний на МРТ головного мозга б) высоком риске падений в) легком перивентрикулярном лейкоареозе г) стенозирующем атеросклерозе	б) высоком риске падений	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-

			Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
5	Этиотропное лечение кокковых менингитов проводят препаратами а) противовирусными б) нестероидными противовоспалительными в) антибактериальными г) антигистаминными	в) антибактериальными	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
6	При острой боли в спине наиболее доказанным является применение а) антиконвульсантов б) нестероидных противовоспалительных средств в) глюкокортикостероидов внутривенно г) антидепрессантов	б) нестероидных противовоспалительных средств	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
7	В основе лечения миастении лежит применение а) антибиотиков б) антихолинэстеразных препаратов в) антиэпилептических препаратов г) противовирусных препаратов	б) антихолинэстеразные препараты	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-

			Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной Д., 35 лет, грузчик. Во время работы внезапно почувствовал сильную боль в голове, шум в ушах, появилась рвота, потерял сознание, был общий судорожный припадок с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Госпитализирован в больницу.</p> <p>Объективно: возбужден, пытается встать с постели, дезориентирован; АД 180/110 мм рт. ст., ЧСС – 52 ударов в мин., температура 38 С; выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига и Брудзинского. Ликвор: вытекает со скоростью 100 капель в минуту; красного цвета, повышено содержание белка.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> Обоснуйте предполагаемый диагноз. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента. Определите объем неотложного лечения. Какой прогноз для жизни и трудоспособности? 	<p>1. Острое начало заболевания на фоне физической нагрузки, сопровождающееся развитием общемозгового и менингеального синдромов, свидетельствует об остром нарушении мозгового кровообращения геморрагического характера – субарахноидальном кровоизлиянии.</p> <p>2. Приоритетные проблемы пациента: гиперестезия, рвота, головная боль, судорожные припадки. Потенциальные проблемы: риск развития гипостатической пневмонии, риск развития пролежней, повторное кровоизлияние.</p> <p>3. Пациенту необходим строгий постельный режим в течение 21 дня, мероприятия, направленные на остановку кровотечения (холод к голове, кровоостанавливающие средства), профилактика отека мозга (дегидратационная терапия). Для решения вопроса о хирургическом лечении – консультация нейрохирурга.</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>

		4. Благоприятный, при условии хирургического лечения сосудистой аневризмы головного мозга.	
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Принципы лечения.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
2	Хронические нарушения мозгового кровообращения. Тактика врача терапевта.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
3	Головокружение. Вестибулярное (системное) и невестибулярное (несистемное) головокружение. Продолжительность головокружения при различных заболеваниях. Факторы, провоцирующие головокружение. Диффдиагностика периферического головокружения. Обследование. Лечение.	На границе неврологии и оториноларингологии / М. В. Гардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин [и др.] ; под ред. А. И. Крюкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-8317-6. - Текст : электронный // ЭБС

		"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483176.html . - Режим доступа : по подписке.
4	Остеохондроз позвоночника. Вертебро-базилярная недостаточность. Диагностика. Принципы лечения	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
5	Болезнь Альцгеймера. Сосудистые когнитивные нарушения. Клиническая картина, диагностика, лечение.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Критерием медикаментозной ремиссии при полимиозите является а) увеличение скорости распространения возбуждения по нервам б) регресс денервационной	б) денервационной спонтанной активности	Неврология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки

	<p>спонтанной активности в) нормализация уровня С-реактивного белка г) нормализация СОЭ</p>		<p>качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 816 с. - (Стандарты медицинской помощи). - ISBN 978-5-9704-6027-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460276.html</p>
2	<p>Побочным эффектом применения нестероидных противовоспалительных средств является а) возникновение эпилептических припадков б) делирий в) повышение артериального давления г) депрессия</p>	<p>в) повышение артериального давления</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
3	<p>Показатель охвата реабилитационными мероприятиями, в том числе санаторно-курортным лечением, пациентов с хроническими заболеваниями, свидетельствует о качестве а) диспансеризации б) противоэпидемической работы в) проведения профилактических медицинских осмотров г) диспансерного наблюдения</p>	<p>г) диспансерного наблюдения</p>	<p>Неврология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 816 с. - (Стандарты медицинской помощи). - ISBN 978-5-9704-6027-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460276.html</p>

			0460276.html
4	<p>Перечень технических средств реабилитации инвалидов утверждает</p> <p>а) Пенсионный фонд Российской Федерации</p> <p>б) Росздравнадзор</p> <p>в) Правительство Российской Федерации</p> <p>г) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования</p>	в) Правительство Российской Федерации	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
5	<p>В медицинской организации в реабилитационном процессе могут участвовать медицинские работники, психологи и</p> <p>а) социологи</p> <p>б) работники пенсионного фонда</p> <p>в) юристы</p> <p>г) специалисты по социальной работе</p>	г) специалисты по социальной работе	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
6	<p>Разработка индивидуальной программы реабилитации пациента, перенесшего ишемический инсульт, включает этап</p> <p>а) содействия органов исполнительной власти в трудоустройстве</p> <p>б) определение показаний и противопоказаний к обеспечению техническими средствами реабилитации</p> <p>в) мероприятий по профессиональной реабилитации</p> <p>г) разработки мероприятий по социальной реабилитации или абилитации</p>	б) определение показаний и противопоказаний к обеспечению техническими средствами реабилитации	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>

			0466728.html
7	<p>В систему реабилитационных мероприятий при астено-невротических расстройствах входит</p> <p>а) депривация сна</p> <p>б) дозированная физическая нагрузка</p> <p>в) специальная диета</p> <p>г) ограничение физической активности</p>	б) дозированная физическая нагрузка	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Большой Г., 41 год. Поступил в неврологическое отделение с отсутствием речи и активных движений в правых конечностях. Со слов родственников заболел три недели назад, лечился в поликлинике по поводу гипертонической болезни. Два дня назад на фоне гипертонического криза «отнялись» речь, правая рука и нога. Год назад отмечалось подобное нарушение движений в конечностях, но тогда активные движения восстановились на второй день.</p> <p>Объективно: сознание ясное, АД 180/100 мм рт.ст., пульс 70 ударов в мин.; не говорит, речь окружающих людей не понимает; правые конечности падают как плети, правосторонняя гиперрефлексия, патологические кистевые и стопные рефлексы справа.</p> <p>Ликвор: прозрачный, бесцветный, вытекает со скоростью 60 капель в мин, содержание белка и хлоридов в норме.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Какой вид расстройства речи у больного?</p> <p>2.Обоснуйте диагноз, подтвержденный данными исследования ликвора.</p> <p>3. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента.</p> <p>4.Определите объем неотложного лечения.</p>	<p>1. Состояние, когда больной не говорит и не понимает речь окружающих людей, называется сенсорной и моторной афазией.</p> <p>2. Отсутствие общемозгового синдрома и развитие очаговой симптоматики на фоне гипертонического криза свидетельствует об остром нарушении мозгового кровообращения. Отсутствие в ликворе примеси крови свидетельствует об ишемическом характере процесса, т.е. об инфаркте мозга.</p> <p>3. Приоритетные проблемы пациента: полное отсутствие речевого контакта с окружающими, ограничение самообслуживания в связи с параличом правых конечностей. Потенциальные проблемы: риск развития пролежней, риск развития гипостатической</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>

	<p>риск в</p> <p>пневмонии, формирования контрактур парализованных конечностях. 4. Необходима стабилизация АД – назначение гипотензивных препаратов, улучшение мозгового кровообращения – сосудистая терапия, нормализация обменных процессов в мозге – ноотропные препараты.</p>	
--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Сосудистые заболевания головного мозга. Факторы риска мозгового инсульта. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение. Реабилитация.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
2	Острые нарушения мозгового кровообращения. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения. Реабилитация.	Неотложные состояния в неврологии : учебное пособие / В. М. Алифирова, М. А. Никитина, Д. М. Плотников [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2022. — 174 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/389018
3	Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы и воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И.

		Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
4	Менингиты. Энцефалиты. Герпетические поражения нервной системы. Клинические проявления. Диагностика. Реабилитация	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
5	Болезнь Паркинсона. Сосудистый паркинсонизм. Постэнцефалитический паркинсонизм. Лекарственный паркинсонизм. Токсический паркинсонизм. Посттравматический паркинсонизм. Ювенильный паркинсонизм. Диагностика Лечение. Реабилитация.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	К экзогенным управляемым факторам риска не относятся: а) экологические факторы б) образ жизни в) особенности питания г) суточные колебания температуры	г) суточные колебания температуры	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
2	Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье, является: а) образ жизни б) состояние окружающей среды в) организация медицинской помощи	а) образ жизни	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
3	Воздействие через СМИ на факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск хронических неинфекционных заболеваний среди всего населения - это: а) стратегия высокого риска б) стратегия вторичной профилактики в) популяционная стратегия	в) популяционная стратегия	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
4	Первичная профилактика включает: а) выявление заболеваний б) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний в) улучшение условий труда и отдыха	б) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
5	Вторичная профилактика включает: а) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний б) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний в) проведение прививок	б) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
6	Для профилактики инсульта после транзиторной ишемической атаки применяют а) глицин б) этилметилгидроксипиридина сукцинат в) ацетилсалициловую кислоту г) винпоцетин	в) ацетилсалициловую кислоту	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL: https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970466728.html
7	Доза ривароксабана для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий, при клиренсе креатинина менее 50 мл в минуту, составляет (в мг/сут) а) 20 б) 5 в) 15 г) 10	в) 15	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970466728.html

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Больной Б., 68 лет. Последние два года появился шум в голове, головокружение, периодические несильные головные боли, нарушение памяти, внимания, снизилась физическая и особенно умственная работоспособность. Стал раздражительным. Сегодня утром, проснувшись, почувствовал слабость и онемение в правой руке и правой ноге. В течение нескольких часов слабость в них нарастала и активные движения полностью исчезли. Одновременно развивалось нарушение речи: слова окружающих понимает хорошо, а сам ничего сказать не может. Больной госпитализирован. Объективно: сознание ясное, АД 105/60 мм рт.ст., пульс 78 ударов в мин.; опущен правый угол рта, язык отклоняется вправо, отсутствуют активные движения в правых конечностях, сухожильные рефлексы с правых конечностей высокие, патологические кистевые и стопные знаки справа; снижение чувствительности в правой половине туловища (гемиянестезия); афазия (?). Данные лабораторных исследований: общий анализ крови без особенностей, повышен	1. Состояние, когда больной понимает речь окружающих, а сам утрачивает способность говорить, называется моторной афазией. 2. Отсутствие общемозгового синдрома и постепенное развитие очагового синдрома в течение нескольких часов на фоне нормального или пониженного АД свидетельствует о наличии острого нарушения мозгового кровообращения по типу ишемического тромботического инсульта (инфаркта мозга). 3. Отсутствие изменений в ликворе и наличие повышенного протромбинового индекса в крови подтверждает диагноз ишемического инсульта тромботического генеза. 4. Приоритетные	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970466728.html

	<p>протромбиновый индекс. Ликвор: бесцветный, прозрачный, вытекает со скоростью 60 капель в мин., содержание хлоридов и белка в норме.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какой вид афазии наблюдается у больного?</p> <p>2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.</p> <p>3. Подтвердите диагноз данными лабораторных исследований.</p> <p>4. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента.</p> <p>5. Определите объем неотложного лечения и ухода.</p>	<p>проблемы пациента: ограничение самообслуживания, нарушение речевого контакта с окружающими</p> <p>Потенциальные проблемы: риск развития гипостатической пневмонии, формирования пролежней и контрактур парализованных конечностях.</p> <p>5. Необходимо организовать: общий гигиенический уход; адекватное общение с пациентом, учитывая моторную афазию; профилактику развития пневмонии; профилактику формирования пролежней; профилактику формирования контрактур в парализованных конечностях.</p>	
--	--	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Определение понятия «здоровье», его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи.</p>	<p>Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html</p>
2	<p>Определение понятий «профилактика», «медицинская профилактика», «предболезнь», «болезнь». Формы и методы</p>	<p>Неврология : национальное</p>

	проведения различных видов профилактики.	руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
3	Острые нарушения мозгового кровообращения. Диагностика острых нарушений мозгового кровообращения. Лечение острых нарушений мозгового кровообращения. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения.	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html
4	Сосудистые заболевания головного мозга. Факторы риска мозгового инсульта. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Диагностика. Лечение. Профилактика	Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1 / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 880 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6672-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466728.html

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 - 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
- 76 - 90% Хорошо (4)	76– 90
- 91 - 100% Отлично (5)	91 – 100

2. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
- пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

12. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ДВ.1.1</i>	<i>Раздел 1 «Когнитивные нарушения»</i>	11
<i>Б 1. В.ДВ.1.2</i>	<i>Раздел 2 «Острое нарушение мозгового кровообращения»</i>	9
<i>Б 1. В.ДВ.1.3</i>	<i>Раздел 3 «Двигательные расстройства»</i>	9
<i>Б 1. В.ДВ.1.4</i>	<i>Раздел 4 «Заболевания периферической нервной системы»</i>	7

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1. В.ДВ.1.1 «Когнитивные нарушения»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Недементные когнитивные нарушения. 2. Возможности нейровизуализирующих методов исследования в дифференциальной диагностике различных заболеваний, приводящих к деменции. 3. Клинические тесты для оценки когнитивного статуса и эмоционального состояния. 4. Методики когнитивного тренинга и когнитивной реабилитации. 5. Гигиена сна. 6. Клиническая фармакология антипсихотиков и антидепрессантов в. 7. Современная фармакотерапия деменции.
<i>Б 1. В.ДВ.1.2 «Острое нарушение мозгового кровообращения»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Атеротромботический ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. 9. Кардиоэмболический ишемический инсульт. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика. 10. Принципы терапии острых нарушений мозгового кровообращения (базисная и дифференцированная терапия). Организация помощи больным инсультом. 11. Дифференциальный диагноз между ишемическим и геморрагическим инсультами. 12. Дифференциальный диагноз между геморрагическим инсультом и коматозными состояниями при сахарном диабете (гипергликемическая, гипогликемическая комы).
<i>Б 1. В.ДВ.1.3 «Двигательные расстройства»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 13. Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение. 14. Болезнь Паркинсона. Клиника, диагностика, лечение, возможности реабилитации.

<p>Б 1. В.ДВ.1.4 «Заболевания периферической нервной системы»</p>	<p>15. Мышечно-тонические синдромы при остеохондрозе позвоночника и миофасциальные синдромы. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>16. Вертеброгенные болевые синдромы на шейном уровне. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>17. Синдромы спинальной компрессии при дегенеративном заболевании шейного отдела позвоночника. Клиника, диагностика, лечение. Показание к оперативному лечению.</p> <p>18. Синдром корешковой компрессии при дегенеративном заболевании пояснично-крестцового отдела позвоночника. Клиника, диагностика, лечение. Показание к оперативному лечению.</p> <p>19. Синдром компрессии конского хвоста при дегенеративном заболевании позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.</p>
---	--

Темы рефератов

<p>Б 1. В.ДВ.1 «Неврология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Система оказания медицинской помощи больным с инсультом 2. Терапия инсульта: методы реперфузии, первичной и вторичной нейропротекции, регенераторно-репаративной терапии. 3. Особенности мозгового кровообращения и срыв ауторегуляции мозгового кровообращения при артериальной гипертензии и гипертонических кризах. 4. Преходящее нарушение мозгового кровообращения и «малый инсульт»: понятия, клиника, дифференциальная диагностика, особенности в позднем возрасте, терапия, реабилитация. 5. Дорсалгия: основные причины, соматические и неврологические заболевания, проявляющиеся болью в спине, методы обследования и лечения в позднем возрасте, реабилитация. 6. Болезнь Пика: патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, подходы к терапии.
---	--

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Новизна реферированного текста
- трем критериям	2. Степень раскрытия сущности проблемы
Удовлетворительно (3)	3. Обоснованность выбора источников
- четырем критериям	4. Соблюдение требований к оформлению
Хорошо (4)	
- пяти критериям	5. Грамотность
Отлично (5)	

2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Физиологическая реакция на ортостатическую пробу включает а) урежение частоты сердечных сокращений, снижение систолического и диастолического артериального давления б) урежение частоты сердечных сокращений, повышение систолического артериального давления и снижение диастолического артериального давления в) прирост частоты сердечных сокращений, снижение систолического артериального давления, повышение диастолического артериального давления г) прирост частоты сердечных сокращений, повышение систолического и диастолического артериального давления	в) прирост частоты сердечных сокращений, снижение систолического артериального давления, повышение диастолического артериального давления	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
2	Ложноположительные результаты пробы с физической нагрузкой могут вызвать лекарственные препараты а) наперстянки, калия, диуретики б) гипотензивные в) натрия, статины г) витамины	а) наперстянки, калия, диуретики	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. -

			(Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
3	Критерием положительного нагрузочного теста является а) отказ пациента от дальнейшего проведения исследования б) подъем АД до 200/10 мм рт.ст. в) одышка г) нарастание ангинозных болей и характерные изменения ЭКГ	г) нарастание ангинозных болей и характерные изменения ЭКГ	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке. Пром, А. К. Пробы с физической нагрузкой (велоэргометрия, тредмил-тест) : учебное пособие / А. К. Пром, В. В. Иваненко, О. В. Илюхин. — Волгоград : ВолгГМУ, 2023. — 76 с. — ISBN 978-5-9652-0871-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/379076 — Режим доступа: для авториз. пользователей.
4	Диффузионная способность легких увеличивается при а) анемии б) рестриктивных нарушениях вентиляции в) физической нагрузке г) увеличении толщины альвеолярно-капиллярной мембраны	в) физической нагрузке	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные

			руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
5	Амплитуда движения корня аорты в систолу при эхокардиографическом исследовании составляет (в мм) а) более 7 б) 2-5 в) менее 2 г) 5-7	а) более 7	Отто, К. Клиническая эхокардиография : практическое руководство / К. Отто ; пер. с англ. под общ. ред. В. А. Сандриков. - Москва : Логосфера, 2019. - 1320 с. : ил. - ISBN 978-5-98657-064-8. – Текст : непосредственный. Новиков, В. И. Эхокардиография. Методика и количественная оценка / В. И. Новиков, Т. Н. Новикова. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : МЕДпресс-информ, 2020. - 120 с. : ил. - Библиогр.: с. 116-117. - ISBN 978-5-00030-747-2. – Текст : непосредственный.
6	Критерием правильности выполнения дыхательного маневра при спирометрии является достижение пиковой объёмной скорости при выдохе а) 20% форсированной жизненной ёмкости лёгких выдоха б) 10% форсированной жизненной ёмкости лёгких выдоха в) 5% форсированной жизненной ёмкости лёгких выдоха г) 15% форсированной жизненной ёмкости лёгких выдоха	а) 20% форсированной жизненной ёмкости лёгких выдоха	Стручков, П. В. Спирометрия / Стручков П. В., Дроздов Д. В., Лукина О. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-6424-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464243.html
7	Зубец Р синусового происхождения должен быть отрицательным в а) aVR б) III в) II г) aVF	а) aVR	Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. -

			Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Мужчина, 34 лет, обратился к врачу с жалобами на субфебрильную температуру, боли в грудной клетке, связанные с изменением положения тела и дыханием, которые возникли 4-5 дней назад, после перенесенного гриппа. Лечился самостоятельно – терафлю, ингавирин. Не курит, наследственность неотягощена. Больной принес ЭКГ, снятую накануне: высокие остроконечные зубцы Т в V2, V3, М-образно изменен и расположен выше изолинии сегмент ST в V4, V5.</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предложите наиболее вероятный диагноз. 2. Сформулируйте алгоритм дифференциального диагноза 3. Сформулируйте алгоритм обследования для установления точного диагноза 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вирусный миокардит 2. Необходимо провести обследование, чтобы исключить наличие острой патологии миокарда 3. Необходимо провести лабораторные обследования с оценкой острофазовых ферментов, ЭхоКГ, ЭКГМТ 	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Физиология и функциональная диагностика системы дыхания	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
2	Физические основы метода ЭКГ. ЭКГ диагностика в норме и при	Функциональная

	гипертрофии отделов сердца	диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
3	Холтеровское мониторирование.	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
4	Функциональные нагрузочные пробы	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
5	Физико-технические основы ЭКГ	Функциональная

		<p>диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
--	--	---

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Согласие пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство следует получать всегда</p> <p>а) при проведении медицинского вмешательства б) когда медицинское вмешательство проводится в плановом порядке в) кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно г) кроме случаев, когда пациенту требуется высокотехнологичная помощь</p>	<p>в) кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
2	<p>Не допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя</p> <p>а) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений б) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю в) по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья</p>	<p>в) по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. -</p>

	<p>гражданина</p> <p>г) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством</p>		<p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
3	<p>Обмен данными между медицинскими организациями в электронном виде обеспечивает</p> <p>а) портал государственных услуг</p> <p>б) единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)</p> <p>в) электронное Правительство</p> <p>г) федеральный регистр медицинских работников</p>	<p>б) единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
4	<p>Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является</p> <p>а) показатель</p> <p>б) модуль</p> <p>в) вариация</p> <p>г) медиана</p>	<p>а) показатель</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
5	<p>Отказ в предоставлении средств массовой информации сведений возможен, если они содержат</p> <p>а) врачебную тайну</p> <p>б) показатели заболеваемости населения</p> <p>в) анализ качества оказания медицинской помощи</p> <p>г) данные о летальности пациентов в стационаре</p>	<p>а) врачебную тайну</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. -</p>

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
6	Ученый, создавший первые ЭКГ лаборатории в России и Москве а) И.П. Павлов б) А.Ф.Самойлов в) И.М.Сеченов г) Н.Е. Введенский	в) б) А.Ф.Самойлов	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
7	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет на а) подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов б) участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций в) участие в научно-практических конференциях г) предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах	г) предоставление пациенту недостоверной, неполной искаженной информации используемых лекарственных препаратах или об	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	В поликлинику обратился мужчина 47 лет с жалобами на давящие боли за грудиной в течение 2-х часов. На ЭКГ отмечается депрессия сегмента ST до 2 мм в отведениях II, III, aVF, элевация сегмента ST в отведениях I, aVL, V2-V6 с формированием глубокого зубца Q Вопросы.	1. ИБС, обширный острый инфаркт миокарда, передней, боковой стенок и верхушки левого желудочка 2. Показана экстренная госпитализация в сосудистый центр для проведения ЧКВ и	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.

	<p>1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз</p> <p>2. Сформулируйте алгоритм действий поликлинического врача</p>	<p>стентирования поражений коронарных артерий</p>	<p>- 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
--	---	---	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Методика проведения ЭКГ. Оформление информированного согласия пациента на проведение процедуры</p>	<p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p>
2	<p>Методика проведения спирометрии. Оформление информированного согласия пациента на проведение процедуры</p>	<p>Стручков, П. В. Спирометрия / Стручков П. В., Дроздов Д. В., Лукина О. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-6424-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464243.html</p>
3	<p>Методика проведения пикфлоуметрии. Оформление информированного согласия пациента на проведение процедуры</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
4	Методика проведения пульсоксиметрии. Оформление информированного согласия пациента на проведение процедуры	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет на а) подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов б) участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций в) участие в научно-практических конференциях г) предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах	г) предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
2	Медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, является а) неотложной	а) неотложной	Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А.

	<p>б) реабилитационной в) экстренной г) плановой</p>		<p>Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
3	<p>О качестве профилактической работы свидетельствует показатель а) охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами б) занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население в) отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся г) текучести кадров</p>	<p>а) охвата прикрепленного населения профилактическими осмотрами</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
4	<p>Листок нетрудоспособности выполняет функции юридическую, финансовую и а) диагностическую б) статистическую в) страховую г) государственную</p>	<p>б) статистическую</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
5	<p>Паспортная часть медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма №025/У), заполняется а) медицинской сестрой б) врачом-статистиком</p>	<p>г) медицинским регистратором</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А.</p>

	<p>в) врачом-терапевтом г) медицинским регистратором</p>		<p>Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
6	<p>Врачебная комиссия в медицинской организации создается и работает на основании</p> <p>а) распоряжения органа исполнительной власти субъекта Федерации б) наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности в) постановления органов местного самоуправления г) приказа руководителя медицинской организации</p>	г) приказа руководителя медицинской организации	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
7	<p>Разрабатывать и утверждать клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи могут только</p> <p>а) органы местного самоуправления б) медицинские профессиональные некоммерческие организации в) Министерство здравоохранения РФ и Министерство юстиции РФ г) органы исполнительной власти</p>	б) медицинские профессиональные некоммерческие организации	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Пациент 50 лет поступил «по скорой» с	1. ИБС. Острый инфаркт	Функциональная

<p>жалобами на сильную боль в области сердца. Нарушений ритма не выявлено. В анамнезе: наличие стенокардии. Пациент состоял на учете у кардиолога. Был прописан нитроглицерин, который он старался не принимать лишней раз – терпел боль. После проведения ЭКГ обнаружены: мелковолнистая изолиния (50 колебаний в минуту) только в I и II стандартных отведениях, зубец Р определяется куполообразная элевация сегмента ST выше изолинии в V6, слияние сегмента ST с коронарным зубцом T в V6</p> <p>Вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На основании данных ЭКГ исследований и анамнеза предположите возможный диагноз. 2. Чем обоснована мелковолнистая изолиния (50 колебаний в мин) в I и II стандартных отведениях 3. Можно ли пациенту проводить велоэргометрию 	<p>миокарда, боковой стенки левого желудочка</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Либо наводка, либо мышечная дрожь 3. Нет 	<p>диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
--	---	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
2	<p>Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация.</p>	<p>Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

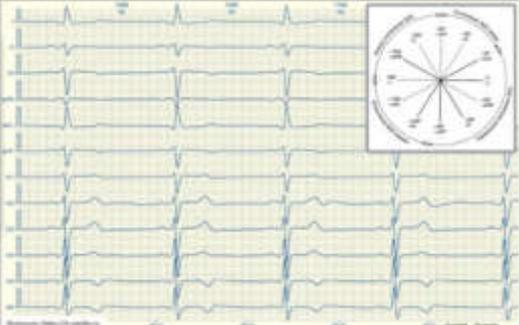
		URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html . - Режим доступа : по подписке.
3	Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение.	Стручков, П. В. Спирометрия / Стручков П. В., Дроздов Д. В., Лукина О. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-6424-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464243.html
4	Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе. Диагностическая ценность СМАД. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация.	Ярцев, С. С. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в повседневной практике врача / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-6686-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466865.html
5	Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.	Щукин, Ю. В. Функциональная диагностика в кардиологии / Ю. В. Щукин - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-3943-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439432.html

ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

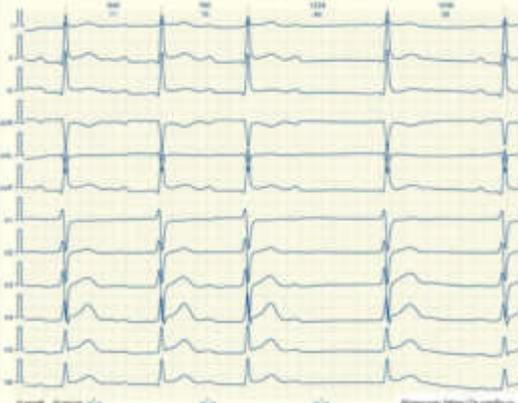
Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	При повышении артериального давления	г) повышаются;	Щукин, Ю. В. Функциональная

	<p>за пределы гомеостатического диапазона у пациента с АГ скоростные показатели _____ индексы периферического сопротивления _____</p> <p>а) повышаются; не изменяются б) снижаются; повышаются в) не изменяются; снижаются г) повышаются; снижаются</p>	снижаются	<p>диагностика в кардиологии / Ю. В. Щукин - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-3943-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439432.html</p>
2	<p>Действия, которые необходимо выполнить, если на ЭКГ регистрируется глубокий зубец Q в отведениях III, aVF</p> <p>а) записать отведения I-III на вдохе б) записать ЭКГ по Нэбу в) записать крайние правые отведения г) записать II отведение на ритм</p>	а) записать отведения I-III на вдохе	<p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p>
3	<p>Определите положение электрической оси сердца (ЭОС)</p>  <p>А. Нормальное положение ЭОС (65 градусов) Б. Отклонение ЭОС влево (- 50 градусов) В. Отклонение ЭОС вправо (+ 110 градусов) Г. Резкое отклонение ЭОС (- 125 градусов)</p>	Б. Отклонение ЭОС влево (- 50 градусов)	<p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p>
4	Оцените пленку на наличие экстрасистол	А. Наджелудочковая экстрасистола с полной компенсаторной паузой	<p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-</p>

	 <p>А. Наджелудочковая экстрасистола с полной компенсаторной паузой Б. Желудочковая экстрасистола с полной компенсаторной паузой В. Наджелудочковая экстрасистола с неполной компенсаторной паузой Г. Желудочковая экстрасистола с неполной компенсаторной паузой</p>	<p>Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p> <p>Колпаков, Е. В. ЭКГ при аритмиях : атлас / Колпаков Е. В., Люсов В. А., Волов Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2603-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426036.html</p>
5	<p>Оцените ритм</p>  <p>А. Синусовая аритмия Б. Суправентрикулярный ритм (предсердный, АВ-узловой) В. Трепетание предсердий Г. Фибрилляция предсердий</p>	<p>Г. Фибрилляция предсердий</p> <p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p> <p>Колпаков, Е. В. ЭКГ при аритмиях : атлас / Колпаков Е. В., Люсов В. А., Волов Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2603-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426036.html</p>

6	<p>Оцените ритм и проведение возбуждения</p>  <p>А. Синусовый ритм. АВ блокада I степени Б. Синусовая брадикардия. АВ блокада I степени В. АВ блокада II степени Мобитц 1 Г. АВ блокада II степени Мобитц 2</p>	<p>В. АВ блокада II степени Мобитц 1</p>	<p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p>
7	<p>Оцените ритм и проведение возбуждения</p>  <p>А. Синусовый ритм, полная блокада правой ножки пучка Гиса. Б. Синусовая брадикардия, полная блокада левой ножки пучка Гиса В. Синусовая брадикардия, полная блокада правой ножки пучка Гиса, задне-нижний полублок Г. Синусовая брадикардия, полная блокада правой ножки пучка Гиса, передне-левый полублок</p>	<p>Г. Синусовая брадикардия, полная блокада правой ножки пучка Гиса, передне-левый полублок</p>	<p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>В поликлинику обратился мужчина 47 лет с жалобами на давящие боли за грудиной в течение 2-х часов. На ЭКГ отмечается депрессия сегмента ST до 2 мм в отведениях II, III, aVF, элевация сегмента ST в отведениях I, aVL, V2-V6 с формированием глубокого зубца Q</p>	<p>1. ИБС, обширный острый инфаркт миокарда, передней, боковой стенок и верхушки левого желудочка 2. Показана экстренная госпитализация в сосудистый центр для</p>	<p>Ярцев, С. С. Практическая электрокардиография : справочное пособие для анализа ЭКГ / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. -</p>

	<p>Вопросы.</p> <p>1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз</p> <p>2. Сформулируйте алгоритм действий поликлинического врача</p>	<p>проведения ЧКВ и стентирования поражений коронарных артерий</p>	<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-6404-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464045.html</p>
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	ЭКГ-признаки признаки стенокардии	<p>Пром, А. К. Пробы с физической нагрузкой (велоэргометрия, тредмил-тест) : учебное пособие / А. К. Пром, В. В. Иваненко, О. В. Илюхин. — Волгоград : ВолГМУ, 2023. — 76 с. — ISBN 978-5-9652-0871-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/379076 — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
2	ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда.	<p>Зудбинов, Ю. И. Азбука ЭКГ и Боли в сердце / Зудбинов Ю. И. - Ростов н/Д : Феникс, 2019. - 249 с. - (Дополнительное медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35199-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351994.html</p>
3	Экстрасистолии (наджелудочковые, желудочковые)	<p>Колпаков, Е. В. ЭКГ при аритмиях : атлас / Колпаков Е. В., Люсов В. А., Волов Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2603-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

		https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426036.html
4	Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы.	Стручков, П. В. Спирометрия / Стручков П. В., Дроздов Д. В., Лукина О. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-6424-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464243.html
5	ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита	Отто, К. Клиническая эхокардиография : практическое руководство / К. Отто ; пер. с англ. под общ. ред. В. А. Сандриков. - Москва : Логосфера, 2019. - 1320 с. : ил. - ISBN 978-5-98657-064-8. – Текст : непосредственный

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: 61 – 75% Удовлетворительно (3) 76 – 90% Хорошо (4) 91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Набор инструментальных методов исследования

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б <i>1.В.ДВ.1.2</i>	«Функциональная диагностика»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2 «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные приборы для исследования состояния бронхолегочной системы. 2. Основные приборы для исследования состояния сердечнососудистой системы. 3. Техника безопасности при работе с функционально-диагностической аппаратурой. 4. Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях. 5. Показатели ФВД при обструктивной ДН 6. Показатели ФВД при рестриктивной ДН. 7. Бронхообструктивный синдром. 8. Бронхиальная астма. Оценка ФВД. Функциональный контроль лечения. 9. Рестриктивный синдром. Функциональный контроль лечения. Функциональные пробы (фармакологические) в пульмонологии. 10. Функциональная диагностика ХОБЛ.
---	--

Перечень дискуссионных тем:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2 «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современная функциональная диагностика в клинической практике: новые возможности и ограничения 2. Ультразвуковые технологии и клиническая медицина: проблемы, перспективы, инновации 3. Гибридные технологии, возможности применения в медицине 4. Функциональная и ультразвуковая диагностика заболеваний различных органов и систем 5. Применение современных диагностических технологий в сложных клинических ситуациях 6. Возможности систем длительного мониторинга функциональных параметров (мониторинг ЭКГ, АД, дыхания,
---	--

	<p>вариабельность сердечного ритма)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Нагрузочное тестирование (тредмил-тестирование, велоэргометрия, стресс-ЭхоКГ) 8. Современные функциональные методы диагностики в кардиологии 9. Современные функциональные методы диагностики в пульмонологии 10. Высокотехнологичные методы функциональной диагностики в кардиологии
--	---

Темы рефератов:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2 «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Велоэргометрия. Показания и противопоказания. Методика проведения. Критерии остановки пробы. Формирование заключения. 2. Тредмил-тест. Методика проведения. Оценка результатов пробы. 3. Суточное мониторирование артериального давления. Методика проведения. Показания и противопоказания. Оценка показателей. 4. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Показания и противопоказания. Методика проведения. 5. Холтеровское мониторирование ЭКГ в диагностике ишемической болезни сердца. 6. Эхокардиография. Возможности метода. Диагностика ИБС. 7. Спирография. Показания и противопоказания. Методика проведения. 8. Спирография. Методы оценки показателей. Типы нарушения вентиляционной способности легких. 9. Чреспищеводная электростимуляция предсердий. Показания и противопоказания. Методика проведения. 10. Стресс эхокардиография. Показания и противопоказания. Методика проведения.
---	---

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦИКЛ ПСА»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Определение уровня D-димера в сыворотке крови применяется для диагностики а) феохромоцитомы б) острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) г) инфаркта миокарда	в) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
2	С какого уровня бронхов начинается респираторный отдел бронхиального дерева а) с дыхательных бронхиол б) с субсегментарных бронхов в) с альвеолярных ходов г) с альвеолярных мешочков д) с сегментарных бронхов	а) с дыхательных бронхиол	Ларина, В. Н. Клинические нормы. Терапия / В. Н. Ларина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6297-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970462973.html
3	Образование мочевины в печени приводит к обезвреживанию и удалению а) фенола б) кетоновых тел в) холестерина г) аммиака	г) аммиака	Ларина, В. Н. Клинические нормы. Терапия / В. Н. Ларина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6297-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970462973.html
4	К гипокалиемии приводит применение а) аммония хлорида б) спиронолактона в) триамтерена г) фуросемида	г) фуросемида	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970463475.html
5	Гипотоническим является раствор а) с содержанием калия, равным в плазме б) с большим содержанием натрия, чем в плазме в) с содержанием натрия, равным в плазме г) с меньшим содержанием натрия, чем в плазме	г) с меньшим содержанием натрия, чем в плазме	Веселов, С. В. Лекарственные препараты. Практикум для ординаторов клинических кафедр : учебное пособие / Веселов С. В., Колгина Н. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 216 с. - ISBN 978-5-9704-4665-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970446652.html . - Режим доступа : по подписке.
6	При надпочечниковой недостаточности согласно биохимическому анализу крови следует ожидать а) гипергликемию и гиперкалиемию б) гипокалиемию и гипергликемию в) гипернатриемию и гипокалиемию г) гиперкалиемию и гипонатриемию	г) гиперкалиемию и гипонатриемию	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-

			5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
7	Гиповолемией называют снижение а) объема циркулирующей крови б) ударного объема сердца в) количества воды в клетках г) количества воды в межклеточном пространстве	а) объема циркулирующей крови	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику. Жалобы. Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки. Анамнез заболевания. 2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость. Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться. В связи с чем обратился к терапевту. Анамнез жизни. В детстве частые респираторные инфекции (4 – 5 в год). В 14 лет аппендэктомия, без осложнений. Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази. 1 – 2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина. При прохождении медицинских осмотров</p>	<p>1. Нефротический 2. Хронический гломерулонефрит 3. ХБП-С1 4. госпитализация в нефрологический стационар 5. умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой 6. контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут 7. стероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина 8. гиповолемией и тяжелыми рефрактерными отеками 9. морфологическое исследование ткани почки, полученной путем функциональной биопсии 10. инфекций, тромбозов</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-PTK-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>

<p>изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось.</p> <p>Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось.</p> <p>Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было.</p> <p>Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно. Спортом не занимается.</p> <p>Объективный статус.</p> <p>Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77 – 78 кг). Кожные покровы бледные, чисты. Слизистая стенок зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены.</p> <p>Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки. Слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин.</p> <p>Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Моченспускание безболезненное. Диурез не измерял.</p> <p>Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.</p> <p>Результаты лабораторных исследований.</p> <p>ОАМ</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Параметры</td> <td style="width: 70%;">Значение</td> </tr> <tr> <td>Количество</td> <td>150 мл</td> </tr> <tr> <td>Цвет</td> <td>Соломенно-желтый</td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td>Прозрачная</td> </tr> <tr> <td>Реакция</td> <td>Кислая</td> </tr> <tr> <td>Удельная плотность</td> <td>1021</td> </tr> <tr> <td>Белок</td> <td>4,0 г/л</td> </tr> <tr> <td>Уробилин</td> <td>Отсутствует</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>1 – 2 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>0 – 1 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Цилиндры</td> <td>Гиалиновые</td> </tr> <tr> <td>Эпителий</td> <td>Отсутствует</td> </tr> <tr> <td>Бактерии</td> <td>Отсутствуют</td> </tr> <tr> <td>Слизь</td> <td>Немного</td> </tr> <tr> <td>Соли</td> <td>Отсутствуют</td> </tr> </table> <p>Биохимический анализ крови</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Наименование</th> <th style="width: 30%;">Значение</th> <th style="width: 40%;">Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Общий белок</td> <td>40</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Альбумин</td> <td>18</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевина</td> <td>5,0</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Креатинин</td> <td>75</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий</td> <td>6,5</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Триглицериды</td> <td>2,2</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин общий</td> <td>10,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> </tbody> </table>	Параметры	Значение	Количество	150 мл	Цвет	Соломенно-желтый	Прозрачность	Прозрачная	Реакция	Кислая	Удельная плотность	1021	Белок	4,0 г/л	Уробилин	Отсутствует	Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения	Эритроциты	0 – 1 в поле зрения	Цилиндры	Гиалиновые	Эпителий	Отсутствует	Бактерии	Отсутствуют	Слизь	Немного	Соли	Отсутствуют	Наименование	Значение	Единицы измерения	Общий белок	40	г/л	Альбумин	18	г/л	Мочевина	5,0	Ммоль/л	Креатинин	75	Ммоль/л	Холестерин общий	6,5	Ммоль/л	Триглицериды	2,2	Ммоль/л	Билирубин общий	10,1	Ммоль/л	
Параметры	Значение																																																						
Количество	150 мл																																																						
Цвет	Соломенно-желтый																																																						
Прозрачность	Прозрачная																																																						
Реакция	Кислая																																																						
Удельная плотность	1021																																																						
Белок	4,0 г/л																																																						
Уробилин	Отсутствует																																																						
Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения																																																						
Эритроциты	0 – 1 в поле зрения																																																						
Цилиндры	Гиалиновые																																																						
Эпителий	Отсутствует																																																						
Бактерии	Отсутствуют																																																						
Слизь	Немного																																																						
Соли	Отсутствуют																																																						
Наименование	Значение	Единицы измерения																																																					
Общий белок	40	г/л																																																					
Альбумин	18	г/л																																																					
Мочевина	5,0	Ммоль/л																																																					
Креатинин	75	Ммоль/л																																																					
Холестерин общий	6,5	Ммоль/л																																																					
Триглицериды	2,2	Ммоль/л																																																					
Билирубин общий	10,1	Ммоль/л																																																					

	<p>Билирубин прямой 1,6 Ммоль/л АЛТ 17 Ед/л АСТ 22 Ед/л Мочевая кислота 195 Ммоль/л Глюкоза 4,1 Ммоль/л pСКФ (по CRD-TPI) 126 Мл/мин</p> <p>Результаты инструментальных методов исследования</p> <p>Ультразвуковое исследование почек.</p> <p>Правая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 121x61 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Левая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 118x62 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> Интерпретируйте результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Ведущим синдромом у данного пациента является Наиболее вероятный диагноз у пациента. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП). Оптимальной тактикой ведения данного пациента является. Диета для данного больного должна предусматривать. Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются. При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием 		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Аккредитация специалиста как необходимое условие допуска к профессиональной деятельности. Определение процедуры аккредитации, виды аккредитации.	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - Москва : ГЭОТАР-

		<p>Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
2	<p>Регламентирующие документы: ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 69, ст. 100), Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 №709н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».</p>	<p>Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
3	<p>Регламентирующие документы: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 №1043н (ред. от 04.08.2020) «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 №1082н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста».</p>	<p>Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.</p>
4	<p>Этапы первичной специализированной аккредитации, их содержание (тестирование, оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.</p>	<p>Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст :</p>

		электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.
5	Положение об аккредитации специалистов (приказ Минздрава России от 28.10.2022 №709н): основные сведения об аккредитации, подача документов, проведение аккредитации, формирование и организация работы ЦАК и АК, апелляции.	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в Российской Федерации, является: а) Гражданский кодекс РФ б) Кодекс законов о труде в) Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д) Закон РСФСР от 29.07.71 г. «О здравоохранении»	г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html
2	Врачебная тактика при впервые возникшей стенокардии: а) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому б) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня в) плановая госпитализация (с	г) экстренная госпитализация	Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В.

	<p>предварительным лечение в амбулаторных условиях)</p> <p>г) экстренная госпитализация</p> <p>д) лечение в условиях дневного стационара поликлиники</p>		<p>Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/378923 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.</p>
3	<p>Легочный компонент, поражение внутригрудных лимфатических узлов и связующая их зона туберкулезного лимфангита характерны для</p> <p>а) диссеминированного туберкулеза</p> <p>б) первичного туберкулезного комплекса</p> <p>в) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов</p> <p>г) очагового туберкулеза</p>	<p>б) первичного туберкулезного комплекса</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>
4	<p>Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):</p> <p>а. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку</p> <p>б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;</p> <p>в. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку</p> <p>г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;</p> <p>д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку</p> <p>е. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"</p>	<p>б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;</p>	<p>Алгоритмы выполнения практических навыков врача : учебное пособие / И. О. Бугаева, А. В. Кулигин, З. З. Балкизов, Е. П. Матвеева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6341-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463413.html</p> <p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст :</p>

		<p>электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html. - Режим доступа : по подписке</p>
--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациент Н. 42 лет, обратился к врачу-терапевту.</p> <p>Жалобы</p> <p>Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,40С.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,60С. Принимал аспирин. Затем</p>	<p>1. Плевральный выпот справа при состояниях, классифицированных в других рубриках</p> <p>2. межреберье, определенном под рентгенологическим и УЗИ контролем</p> <p>3. линии, определенной под рентгенологическим и УЗИ контролем</p> <p>4. застойной сердечной недостаточностью</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-РТК-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

<p>боли, связанные с дыханием, прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранился непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,60С. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>Хроническими заболеваниями не болен Профессиональных вредностей не имел. Аллергологический анамнез спокойный. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 0С. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. в минуту, ритмичный. АД 115/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии над легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с косой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>10*10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>СОЭ</td> <td>21 мм/час</td> </tr> </table> <p>БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Общий белок</td> <td>78 г/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>6,0 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛДГ</td> <td>165 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Амилаза</td> <td>60 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>С-реактивный белок</td> <td>45 Ед/л</td> </tr> </table> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОГК</p>	Показатель	Результат	Лейкоциты	10*10 ⁹ /л	Нейтрофилы палочкоядерные	10%	Нейтрофилы сегментоядерные	67%	Лимфоциты	12%	Моноциты	11%	СОЭ	21 мм/час	Показатель	Результат	Общий белок	78 г/л	Глюкоза	6,0 ммоль/л	ЛДГ	165 Ед/л	Амилаза	60 Ед/л	С-реактивный белок	45 Ед/л	<p>5. поступлением жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью</p> <p>6. злокачественных новообразованиях легких и плевры</p> <p>7. 1 литра</p> <p>8. лечение основного заболевания, приведшего к развитию плеврального выпота</p> <p>9. биохимическое исследование</p> <p>10. белка в плевральном выпоте к белку в плазме крови более 0,5</p>	<p>студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>
Показатель	Результат																											
Лейкоциты	10*10 ⁹ /л																											
Нейтрофилы палочкоядерные	10%																											
Нейтрофилы сегментоядерные	67%																											
Лимфоциты	12%																											
Моноциты	11%																											
СОЭ	21 мм/час																											
Показатель	Результат																											
Общий белок	78 г/л																											
Глюкоза	6,0 ммоль/л																											
ЛДГ	165 Ед/л																											
Амилаза	60 Ед/л																											
С-реактивный белок	45 Ед/л																											

	<p>На рентгенограмме органов грудной клетки имеется однородное, гомогенное затемнение в нижних отделах правой половины грудной клетки с верхней кривой границей на уровне передних отростков V ребра.</p> <p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>При УЗИ-исследовании в правой плевральной полости у больного выявлено наличие жидкости с кривой границей на уровне V ребра.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз. 2. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует в 3. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует по 4. Чаще всего появление трансудата обусловлено 5. Появление экссудата обусловлено 6. Экссудат чаще всего развивается при 7. Не рекомендуется удалять за один раз более _____ жидкости 8. Ведущим принципом терапии больного с плевральным выпотом является 9. Для получения данных о генез процесса, приведшего к развитию выпота, проводят _____ плевральной жидкости 10. В общепринятых критериях Лайта биохимическим маркером для разграничения экссудата от трансудата считают отношение 		
2	<p>Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился ателололом, арифеном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина.</p> <p>Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над</p>	<p>1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить: суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в переднебоковой стенке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы; доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения; биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности, а также мочевины и креатинина; общий анализ крови без отклонений от нормы.</p> <p>2. Клинические синдромы: стенокардии; артериальной</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-РТК-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>

	<p>аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; PH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п /з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л. На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинге исследования во время ходьбы - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования. 2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выявленных синдромов. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?. 4. Назначьте лечение. 5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту? 	<p>гипертензии; нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы); атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии.</p> <p>Предварительный диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, инсулинонезависимый, синдром Киммельстил-Уилсона. Дислипидемия.</p> <p>3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро- и аортографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аорто-коронарное шунтирование, баллонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).</p> <p>4. Лечение в условиях круглосуточного стационара: ограничение двигательного режима, фраксипарин 0,3 мл 2 р/д п/к, эфокс лонг 50 мг 2 р/д, конкор 5 мг 1р/д, клопидогрел 1-й день 300мг 1 р/д, со 2-го дня 75 мг 1р/д (т.к. аспирин противопоказан).</p> <p>5. Санаторно-курортное лечение показано в местных санаториях, после перехода стенокардии в стабильную форму.</p>	
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-

		8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html
2	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
3	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Синдром эмоционального выгорания является следствием: а) неуверенности в себе и повышенной ответственности б) избыточной впечатлительности в) профессиональной некомпетентности г) критики со стороны старших д) ограниченной ответственности	а) неуверенности в себе и повышенной ответственности	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
2	На протяжении фазы ориентации врач: а) наблюдает невербальное поведение больного б) решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному в) формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска) г) ставит диагноз д) сообщает диагноз	а) наблюдает невербальное поведение больного	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
3	Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием: а) ригидности б) агрессивности в) способности к эмпатии г) тревожности д) впечатлительности	а) ригидности	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
4	Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности, в условиях лечебного взаимодействия, называется: а) коммуникативной возможностью б) коммуникативной толерантностью в) коммуникативной компетентностью г) интерактивной толерантностью д) интерактивной компетентностью	г) интерактивной толерантностью	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html
5	Поведение при аггравации характеризуется: а) преувеличением симптомов болезни б) уменьшением симптомов болезни в) не осознанием симптомов болезни г) сознательным изображением симптомов несуществующего заболевания д) скрыванием симптомов болезни	г) сознательным изображением симптомов несуществующего заболевания	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился ателололом, арифеном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина.</p> <p>Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; PH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п /з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л. На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинг исследовании во время ходьбы - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При</p>	<p>1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить: суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в переднебоковой стеке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы; доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения; биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности, а также мочевины и креатинина; общий анализ крови без отклонений от нормы.</p> <p>2. Клинические синдромы: стенокардии; артериальной гипертензии; нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы); атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии. Предварительный диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, инсулинонезависимый, синдром Киммельстил-Уилсона. Дислипидемия.</p> <p>3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро- и аортографии для возможной</p>	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

	<p>ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования. 2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выявленных синдромов. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?. 4. Назначьте лечение. 5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту? 	<p>хирургической коррекции сосудов (аортно-коронарное шунтирование, баллонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).</p> <p>4. Лечение в условиях круглосуточного стационара: ограничение двигательного режима, фраксипарин 0,3 мл 2 р/д п/к, эфокс лонг 50 мг 2 р/д, конкор 5 мг 1р/д, клопидогрел 1-й день 300мг 1 р/д, со 2-го дня 75 мг 1р/д (т.к. аспирин противопоказан).</p> <p>5. Санаторно-курортное лечение показано в местных санаториях, после перехода стенокардии в стабильную форму.</p>	
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p>
2	<p>Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме</p>	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>

3	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке
---	--	--

ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	В преагональном состоянии артериальное давление составляет: а) 60/20 мм рт.ст. б) 40/0 мм рт.ст. в) не определяется г) 80/40 мм рт.ст. д) 90/45 мм рт.ст.	а) 60/20 мм рт.ст.	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
2	Для кетоацидотической комы характерно: а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз б. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация в. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность г. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы	а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970462393.html
3	<p>Основным признаком коматозного состояния является:</p> <p>а. угнетение гемодинамики</p> <p>б. угнетение дыхания</p> <p>в. угнетение центральной нервной системы</p> <p>г. угнетение периферической нервной системы</p>	в. угнетение центральной нервной системы	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>
4	<p>Появление гипоксемии у больного с астматическим статусом связано с:</p> <p>а. локальной гиповентиляцией вследствие обструкции отдельных бронхиол и бронхоспазма</p> <p>б. уменьшение концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе</p> <p>в. развитием прямого (истинного) шунтирования крови в малом круге кровообращения</p> <p>г. нарушением диффузии кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану</p>	а. локальной гиповентиляцией вследствие обструкции отдельных бронхиол и бронхоспазма	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>
5	<p>Парадоксальное дыхание возникает при</p> <p>а. гемотораксе</p> <p>б. астматическом статусе</p> <p>в. полной обструкции одного из главных бронхов</p> <p>г. открытом пневмотораксе</p>	г. открытом пневмотораксе	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970462393.html
6	<p>Кашель с обильной пенистой мокротой характерен для</p> <ul style="list-style-type: none"> а. острого респираторного дистресс-синдрома б. крупозной пневмонии в. кардиогенного отека легких г. астматического статуса 	в. кардиогенного отека легких	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>
7	<p>Причиной гипоксемической дыхательной недостаточности является</p> <ul style="list-style-type: none"> а. респираторный дистресс-синдром б. синдром парадоксального дыхания в. релаксация диафрагмы г. астматический статус 	а. респираторный дистресс-синдром	<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970462393.html</p>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Пациент Н. 42 лет, обратился к врачу-терапевту.</p> <p>Жалобы</p> <p>Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,40С.</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,60С. Принимал аспирин. Затем</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Плевральный выпот справа при состояниях, классифицированных в других рубриках 2. межреберье, определенном под рентгенологическим и УЗИ контролем 3. линии, определенной под рентгенологическим и УЗИ контролем 4. застойной сердечной недостаточностью 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

<p>боли, связанные с дыханием, прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранился непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,60С. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.</p> <p>Анамнез жизни.</p> <p>Хроническими заболеваниями не болен Профессиональных вредностей не имел. Аллергологический анамнез спокойный. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 0С. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. в минуту, ритмичный. АД 115/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии над легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с косой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>10*10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>СОЭ</td> <td>21 мм/час</td> </tr> </table> <p>БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ</p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Общий белок</td> <td>78 г/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>6,0 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛДГ</td> <td>165 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Амилаза</td> <td>60 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>С-реактивный белок</td> <td>45 Ед/л</td> </tr> </table> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОГК</p>	Показатель	Результат	Лейкоциты	10*10 ⁹ /л	Нейтрофилы палочкоядерные	10%	Нейтрофилы сегментоядерные	67%	Лимфоциты	12%	Моноциты	11%	СОЭ	21 мм/час	Показатель	Результат	Общий белок	78 г/л	Глюкоза	6,0 ммоль/л	ЛДГ	165 Ед/л	Амилаза	60 Ед/л	С-реактивный белок	45 Ед/л	<p>5. поступлением жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью</p> <p>6. злокачественных новообразованиях легких и плевры</p> <p>7. 1 литра</p> <p>8. лечение основного заболевания, приведшего к развитию плеврального выпота</p> <p>9. биохимическое исследование</p> <p>10. белка в плевральном выпоте к белку в плазме крови более 0,5</p>	<p>https://www.studentlibrar y.ru/book/ISBN9785970 463475.html</p>
Показатель	Результат																											
Лейкоциты	10*10 ⁹ /л																											
Нейтрофилы палочкоядерные	10%																											
Нейтрофилы сегментоядерные	67%																											
Лимфоциты	12%																											
Моноциты	11%																											
СОЭ	21 мм/час																											
Показатель	Результат																											
Общий белок	78 г/л																											
Глюкоза	6,0 ммоль/л																											
ЛДГ	165 Ед/л																											
Амилаза	60 Ед/л																											
С-реактивный белок	45 Ед/л																											

	<p>На рентгенограмме органов грудной клетки имеется однородное, гомогенное затемнение в нижних отделах правой половины грудной клетки с верхней кривой границей на уровне передних отростков V ребра.</p> <p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>При УЗИ-исследовании в правой плевральной полости у больного выявлено наличие жидкости с кривой границей на уровне V ребра.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз. 2. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует в 3. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует по 4. Чаще всего появление трансудата обусловлено 5. Появление экссудата обусловлено 6. Экссудат чаще всего развивается при 7. Не рекомендуется удалять за один раз более _____ жидкости 8. Ведущим принципом терапии больного с плевральным выпотом является 9. Для получения данных о генез процесса, приведшего к развитию выпота, проводят _____ плевральной жидкости 10. В общепринятых критериях Лайта биохимическим маркером для разграничения экссудата от трансудата считают отношение 		
2	<p>Больная 32 лет. В течение нескольких лет беспокоят боли, ощущения вздутия и распирания в животе, чередование запоров с поносами, иногда с выделением слизи.</p> <p><i>Объективно:</i> язык обложен у корня белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в области пупка и по ходу толстого кишечника, плеск и урчание в области слепой кишки. Печень и селезенка не увеличены. <i>Анализ крови:</i> Нв - 128 г/л, лейкоц. - $6,8 \times 10^9$/л, СОЭ - 12 мм/час.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Перечислите необходимые исследования для подтверждения диагноза. 3. Лечебная тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический энтероколит. Возможен синдром раздраженного кишечника. 2. Колоноскопия, анализ кала. 3. Диета: стол №4. Спазмолитики. 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html</p>

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Тактика ведения больного при гипогликемии.	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. —</p>

		Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
2	Тактика ведения больного при гипергликемии.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
3	Тактика ведения больного при ЖКК.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
4	Тактика ведения больного при ОНМК.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-

		библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
--	--	--

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает: а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара в. 4-5 таблеток глюкозы г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)	а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
2	При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно:1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств. Выберите правильный ответ по схеме: а. правильны ответы 1, 2 и 3; б. правильны ответы 1 и 3; в. правильны ответы 2 и 4; г. правильный ответ 4; д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.	г. правильный ответ 4	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
3	При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнезию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики. Выберите правильный ответ по схеме: а. правильны ответы 1, 2 и 3; б. правильны ответы 1 и 3; в. правильны ответы 2 и 4; г. правильный ответ 4;	а. правильны ответы 1, 2 и 3	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. -

	д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.		(Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
4	Пациенту с клиникой некупирующегося астматического статуса показан препарат а. беродуал б. преднизолон в. эуфиллин г. эпинефрин	г. эпинефрин	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
5	Аллергические реакции чаще возникают при введении а. антибиотиков б. антиагрегантов в. антигистаминных препаратов г. антикоагулянтов	а. антибиотиков	Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html
6	Процесс свертывания крови замедляет а. ацетилсалициловая кислота б. прогестерон в. эпинефрин г. атропин	а. ацетилсалициловая кислота	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. -

			(Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.
7	Симпатомиметиком, улучшающим почечный кровоток, является а. эфедрин б. допамин в. мезатон г. норадреналин	б. допамин	Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html . - Режим доступа : по подписке.

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Больной В. 70 лет обратился к участковому – терапевту по месту жительства. Жалобы на - горечь во рту, - отрыжку воздухом, - слабость, - головокружение. Анамнез заболевания Со слов больного, жалобы на горечь во рту, отрыжку воздухом беспокоят в течение последних 2-3 лет. Жалобы на головокружение, слабость, усиливающиеся после ходьбы, присоединились в последний год. По данным предыдущих обследований в клиническом анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 73 г/л. Анамнез жизни Больной родился в 1948 г. в Москве. В настоящее время пенсионер. Всю жизнь работал учителем математики в школе. Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.	1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит. Дуоденит. 2. Железодефицитная анемия, среднетяжелого течения. 3. избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна 4. ингибиторов протонной помпы 5. 200; 1 6. 1-3 7. 7-10 8. за 30 мин до еды 9. фортификация 10. IIIб	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-PTK-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.

<p>Инфекционные болезни ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает.</p> <p>Наследственный анамнез: отец умер в 73 года, мать – в 78. Причины смерти назвать не может.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние относительно удовлетворительное. Рост – 175 см, масса тела – 69 кг, ИМТ = 22,5 кг/м², температура тела – 36,50С. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – дыхание везикулярное с жестким оттенком, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, легкий систолический шум на верхушке, ЧСС – 78 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. При осмотре обращает внимание. Высокое стояние купола диафрагмы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Эритроциты (RBC), *10¹²/л</td> <td>4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5</td> <td>3,98 М</td> </tr> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>72</td> <td>М 130 – 160 Ж 120 – 140</td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель (ЦП)</td> <td>0,47</td> <td>0,8 – 1,0</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), *10⁹/л</td> <td>253</td> <td>180 – 320</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), *10⁹/л</td> <td>6,78</td> <td>4 – 9</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Лейкоцитарная формула</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные, %</td> <td>3,1</td> <td>1 – 6</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные, %</td> <td>65,2</td> <td>47 – 72</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, %</td> <td>4</td> <td>1 – 5</td> </tr> <tr> <td>Базофилы, %</td> <td>0</td> <td>0 – 1</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, %</td> <td>21,1</td> <td>19 – 37</td> </tr> <tr> <td>Моноциты, %</td> <td>6,6</td> <td>2 – 10</td> </tr> <tr> <td>СОЭ, мм/ч</td> <td>7</td> <td>М 2 – 10 Ж 2 – 15</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Биохимический анализ крови</td> </tr> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> <tr> <td>Общий белок, г/л</td> <td>71,8</td> <td>65 – 85</td> </tr> <tr> <td>Креатинин, мг/дл</td> <td>1,1</td> <td>0,7 – 1,3</td> </tr> <tr> <td>Азот мочевины, мг/дл</td> <td>5,4</td> <td>3,2 – 8,2</td> </tr> <tr> <td>Общий билирубин, мг/дл</td> <td>19,7</td> <td>5 – 21</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий, ммоль/л</td> <td>4,64</td> <td>3,55 – 6,47</td> </tr> <tr> <td>Щелочная фосфатаза, Ед/л</td> <td>122</td> <td>53 – 128</td> </tr> <tr> <td>Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л</td> <td>41</td> <td>7 – 42</td> </tr> <tr> <td>АсАТ, Ед/л</td> <td>18</td> <td>0 – 34</td> </tr> <tr> <td>АлАТ, Ед/л</td> <td>17</td> <td>5 – 49</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза, ммоль/л</td> <td>5,6</td> <td>4,0 – 6,1</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Нормы	Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5	3,98 М	Гемоглобин (Hb), г/л	72	М 130 – 160 Ж 120 – 140	Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0	Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	253	180 – 320	Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	6,78	4 – 9	Лейкоцитарная формула			Нейтрофилы палочкоядерные, %	3,1	1 – 6	Нейтрофилы сегментоядерные, %	65,2	47 – 72	Эозинофилы, %	4	1 – 5	Базофилы, %	0	0 – 1	Лимфоциты, %	21,1	19 – 37	Моноциты, %	6,6	2 – 10	СОЭ, мм/ч	7	М 2 – 10 Ж 2 – 15	Биохимический анализ крови			Показатель	Результат	Нормы	Общий белок, г/л	71,8	65 – 85	Креатинин, мг/дл	1,1	0,7 – 1,3	Азот мочевины, мг/дл	5,4	3,2 – 8,2	Общий билирубин, мг/дл	19,7	5 – 21	Холестерин общий, ммоль/л	4,64	3,55 – 6,47	Щелочная фосфатаза, Ед/л	122	53 – 128	Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л	41	7 – 42	АсАТ, Ед/л	18	0 – 34	АлАТ, Ед/л	17	5 – 49	Глюкоза, ммоль/л	5,6	4,0 – 6,1		
Показатель	Результат	Нормы																																																																														
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,4 – 5,0 Ж 3,8 – 4,5	3,98 М																																																																														
Гемоглобин (Hb), г/л	72	М 130 – 160 Ж 120 – 140																																																																														
Цветовой показатель (ЦП)	0,47	0,8 – 1,0																																																																														
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	253	180 – 320																																																																														
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	6,78	4 – 9																																																																														
Лейкоцитарная формула																																																																																
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3,1	1 – 6																																																																														
Нейтрофилы сегментоядерные, %	65,2	47 – 72																																																																														
Эозинофилы, %	4	1 – 5																																																																														
Базофилы, %	0	0 – 1																																																																														
Лимфоциты, %	21,1	19 – 37																																																																														
Моноциты, %	6,6	2 – 10																																																																														
СОЭ, мм/ч	7	М 2 – 10 Ж 2 – 15																																																																														
Биохимический анализ крови																																																																																
Показатель	Результат	Нормы																																																																														
Общий белок, г/л	71,8	65 – 85																																																																														
Креатинин, мг/дл	1,1	0,7 – 1,3																																																																														
Азот мочевины, мг/дл	5,4	3,2 – 8,2																																																																														
Общий билирубин, мг/дл	19,7	5 – 21																																																																														
Холестерин общий, ммоль/л	4,64	3,55 – 6,47																																																																														
Щелочная фосфатаза, Ед/л	122	53 – 128																																																																														
Гаммаглутамат транспептидаза, Ед/л	41	7 – 42																																																																														
АсАТ, Ед/л	18	0 – 34																																																																														
АлАТ, Ед/л	17	5 – 49																																																																														
Глюкоза, ммоль/л	5,6	4,0 – 6,1																																																																														

<p>Сывороточные показатели железа</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Нормы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fe, мкмоль/л</td> <td>7,2</td> <td>12,5 – 32,2</td> </tr> <tr> <td>Ферритин, мкг/л</td> <td>15,4</td> <td>60 – 150</td> </tr> <tr> <td>ОЖСС, мкмоль/л</td> <td>77,9</td> <td><69</td> </tr> </tbody> </table> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ</p> <p>Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода гиперемирована. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая с наличием заэпитализированных эрозий. Быстрый уреазный через 15 мин – отрицательный. Взята биопсия из залуковичного отдела 12 ПК. По результатам морфологического исследования отмечены хронический слабовыраженный неактивный бульбит и дуоденит.</p> <p>УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>Печень обычно расположена, не увеличена (правая доля 138 мм, левая доля 56 мм, хвостатая доля 20 мм), контуры ровные, четкие, паренхима средней эхогенности, однородной структуры, сосудистый рисунок сохранен, внутрпеченочные желчные проток не расширены. Воротная вена до 8 мм, диаметр НПВ до 12 мм. Желчный пузырь в поперечнике 37 мм, просвет гомогенный, стенки не утолщены, гепатико-холедох не расширен. Поджелудочная железа нормальных размеров, паренхима средней эхогенности, однородно структуры, селезеночная вена не расширена, 5 мм. Селезенка не увеличена, 98x38 мм, контуры ровные, четкие, паренхима однородной эхогенности, однородной структуры. Почки обычно расположены, нормальных размеров, контуры ровные, подвижность не изменена, толщина паренхимы до 15 мм, кортико-медулярная дифференцировка сохранена, кровоток до корковых отделов, ЧЛС не расширена, область надпочечников не изменена.</p> <p>Данных за наличие жидкости в брюшной полости не получено.</p> <p>РРЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ</p> <p>Легочные поля без инфильтративных изменений, корни легких не расширены, синусы свободны, тень сердца не расширена, аорта развернута и уплотнена.</p> <p>КОЛОНОСКОПИЯ</p> <p>Аноскопия – в прямой кишке при пальцевом исследовании стенки эластичные, не нависают. Тонус сфинктера не изменен, определяются геморроидальные узлы, не увеличены. Фиброскоп введен в купол слепой кишки. Контуры его ровные. Баугиневая заслонка губовидная, перистальтирует. Просвет толстой кишки свободно проходим на ксем протяжении.</p>	Показатель	Результат	Нормы	Fe, мкмоль/л	7,2	12,5 – 32,2	Ферритин, мкг/л	15,4	60 – 150	ОЖСС, мкмоль/л	77,9	<69		
Показатель	Результат	Нормы												
Fe, мкмоль/л	7,2	12,5 – 32,2												
Ферритин, мкг/л	15,4	60 – 150												
ОЖСС, мкмоль/л	77,9	<69												

	<p>Складки высокие, слизистая равномерно окрашена, блестящая, эластичная. Гаустрация выражена во всех отделах. Сосудистый рисунок не деформирован. Ректосигмоидный отдел свободно проходим.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой основной диагноз? 2. Какой сопутствующий диагноз? 3. Рекомендации по изменению образа жизни для пациента включают 4. В качестве лечения основного заболевания в данной ситуации является прием 5. Суточная доза железа в данной ситуации составляет _____ мг _____ раз/раза в сутки 6. Пероральные препараты железа назначаются сроком на ____ (мес.) 7. Критерии эффективности лечения железодефицитной анемии пероральными препаратами железа является ретикулоцитарная реакция на ____ день от начала лечения 8. Пациенту омепразол рекомендовано принимать 9. Мерой общественной профилактики железодефицитной анемии, которая предусматривает обогащение железом наиболее употребляемых населением продуктов, является 10. Пациент относится к _____ группе состояния здоровья 		
2	<p>Пациент К. 52 лет доставлен СМП в приемное отделение стационара</p> <p>Жалобы</p> <ul style="list-style-type: none"> - на озноб - повышение температуры тела до 390С - одышку при обычной физической нагрузке преимущественно на вдохе - кашель с небольшим количеством мокроты - боль слева в подлопаточной области, усиливающуюся при кашле и глубоком дыхании - общую слабость - снижение аппетита. <p>Анамнез заболевания</p> <p>Заболел остро 2 дня назад после переохлаждения, когда внезапно появился озноб, повысилась температура тела до 390С, присоединился кашель, сначала сухой, затем с отделением небольшого количества мокроты. Свое состояние расценил как «простуду» и самостоятельно принимал жаропонижающие препараты («Колдрекс») и аскорбиновую кислоту 1 г в день. На фоне проводимой терапии сохранялась температура, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, появилась одышка, пациент вызвал СМП. В связи с тяжестью состояния был доставлен в приемный покой стационара.</p> <p>Анамнез жизни</p> <p>Рос и развивался согласно возрасту</p> <p>Работает электриком, профессиональные</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внебольничная пневмония нижней доли левого легкого нетяжелого течения. Осл.: ДН I ст. 2. сохранение инфильтративных изменений в легочной ткани более одного месяца 3. эмпиема плевры 4. бактериальную инфекцию 5. аспирационную 6. пневмококк 7. уровень креатинина крови 8. амоксициллин/клавуланат в/в 9. снижение температуры тела $\leq 370C$ через 48-72 часа после начала приема антибиотика 10. ацетилцистеин 	<p>Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-РТК-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.</p>

<p>вредности отрицает Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в 30 летнем возрасте Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка, у матери – гипертоническая болезнь Аллергоанамнез: неотягощен Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко Объективный статус Общее состояние относительно средней тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост – 180 см, вес 78 кг. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Температура 39,10С. Грудная клетка конической формы, при осмотре выявлено отставание левой половины грудной клетки при глубоком дыхании. ЧДД – 26 в минуту. SatO2 91%. Слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. При аускультации слева, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС – 109 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9x8x7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>ОАК</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>146</td> </tr> <tr> <td>Гематокрит (HCT), %</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты (RBC), 10¹²/л</td> <td>4,9</td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель</td> <td>0,98</td> </tr> <tr> <td>Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл</td> <td>35,3</td> </tr> <tr> <td>Ретикулоциты (RET), %</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), *10⁹/л</td> <td>240,0</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), *10⁹/л</td> <td>13,9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Лейкоцитарная формула</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные, %</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные, %</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, %</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Базофилы, %</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, %</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Моноциты, %</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>СОЭ, мм/ч</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table> <p>ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ</p> <p>PaO2 – 79 мм рт.ст.</p>	Показатель	Значение	Гемоглобин (Hb), г/л	146	Гематокрит (HCT), %	44	Эритроциты (RBC), 10 ¹² /л	4,9	Цветовой показатель	0,98	Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)	85	Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	31	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,3	Ретикулоциты (RET), %	3	Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	240,0	Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	13,9	Нейтрофилы палочкоядерные, %	7	Нейтрофилы сегментоядерные, %	70	Эозинофилы, %	1	Базофилы, %	0	Лимфоциты, %	20	Моноциты, %	2	СОЭ, мм/ч	24		
Показатель	Значение																																					
Гемоглобин (Hb), г/л	146																																					
Гематокрит (HCT), %	44																																					
Эритроциты (RBC), 10 ¹² /л	4,9																																					
Цветовой показатель	0,98																																					
Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)	85																																					
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	31																																					
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,3																																					
Ретикулоциты (RET), %	3																																					
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	240,0																																					
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	13,9																																					
Нейтрофилы палочкоядерные, %	7																																					
Нейтрофилы сегментоядерные, %	70																																					
Эозинофилы, %	1																																					
Базофилы, %	0																																					
Лимфоциты, %	20																																					
Моноциты, %	2																																					
СОЭ, мм/ч	24																																					

	<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ И ЛЕВОЙ БОКОВОЙ ПРОЕКЦИЯХ</p> <p>На рентгенограмме определяется интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли левого легкого. Утолщение плевры в области передне-диафрагмального синуса</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз можно поставить данному больному? 2. Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является 3. К осложнениям внебольничной пневмонии относится 4. К этиологическим факторам пневмонии относят 5. К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинико-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинико-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят 6. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии является 7. К критериям, для определения тяжести пневмонии, относится 8. К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для стартовой терапии в данной ситуации, относят 9. Критерием оценки эффективности антибактериальной терапии является 10. В качестве симптоматической терапии больному необходимо назначить 		
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL:</p>

		https://e.lanbook.com/book/13141
2	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
3	Тактика ведения больного при ЖКК.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141
4	Тактика ведения больного при ОНМК.	Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкампф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):</p> <p>а. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку</p> <p>б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;</p> <p>в. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку</p> <p>г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;</p> <p>д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку</p> <p>е. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"</p>	<p>б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
2	Тройной прием Сафара на дыхательных	в. запрокидывание головы,	Первая помощь и

	<p>путях включает в себя:</p> <p>а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода</p> <p>б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта</p> <p>в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта</p> <p>г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей</p>	<p>выведение нижней челюсти и открытие рта</p>	<p>медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
3	<p>Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:</p> <p>а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях</p> <p>б. всей ладонной поверхностью кисти,</p>	<p>в. запястьями, не сгибая рук в локтях</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в</p>

	<p>умеренно руки в локтях в. запястьями, не сгибая рук в локтях г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях</p>		<p>неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
4	<p>Прекращение реанимационных мероприятий происходит при</p> <p>а. появлении пульса на сонной артерии б. появлении судорог в. расширении зрачков г. появлении асистолии на мониторе</p>	<p>а. появлении пульса на сонной артерии</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-</p>

			<p>Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html. - Режим доступа : по подписке</p>
5.	<p>Неотложным мероприятием при острой надпочечниковой недостаточности считают</p> <p>а. терапию диуретиками и инсулином</p> <p>б. назначение диуретиков и тиреостатиков</p> <p>в. тиреостатическую терапию</p> <p>г. введение глюкокортикостероидов и глюкозы</p>	<p>г. введение глюкокортикостероидов и глюкозы</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL:</p>

			<p>https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
б.	Сердечно-легочная реанимация у взрослых начинается с проведения <ul style="list-style-type: none"> а. 3 искусственных вдохов б. 15 компрессий грудной клетки в. 5 искусственных вдохов г. 30 компрессий грудной клетки 	г. 30 компрессий грудной клетки	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p>

			<p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
--	--	--	--

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	<p>Больная 60 лет. Поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение «ватных» ног. Больная в течение одного года. <i>При осмотре</i>: одутловатость лица, бледность кожи с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Дыхание везикулярное, тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Сосочки языка сглажены. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.</p> <p><i>Анализ крови</i>: Нв - 50 г/л, эр. - $2,2 \times 10^9$ /л, цв.пок.- 1,3, лейкоц. - $2,5 \times 10^9$ /л, эоз. - 1%, п/я - 4%, с/я - 38%, лимф. - 42%, мон. - 11%, тромб. - 70×10^9 /л, СОЭ -</p>	<p>1. Тяжелая, гиперхромная с панцитопенией.</p> <p>2. Ретикулоцитов, морфологии эритроцитов, ядер нейтрофилов.</p> <p>3. В₁₂-дефицитная анемия.</p> <p>4. Мегалобластоз.</p> <p>5. Определение ретикулоцитов.</p>	<p>Клинические рекомендации МЗ РФ «В12-дефицитная анемия» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/536_2</p> <p>Клинические рекомендации МЗ РФ «Фолиеводефицитная анемия» (2021) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/540_2</p>

	<p>40 мм/час, билирубин - 2,0 мг% (34 мкмоль/л), непрямой.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте гематологическую характеристику анемии.. 2. Чего не хватает в анализе крови? 3. Вероятный диагноз? 4. Что ожидается в миелограмме? 5. За каким показателем необходим контроль на 5-7 день лечения при назначении витамина В₁₂ 1000 мг/сут? 		
2	<p>Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 112 уд. в 1 мин. <i>Анализ крови:</i> эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Нб - 140 г/л. При пальцевом исследовании кал <i>нормального цвета.</i></p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое осложнение развилось у больного? 2. С чем связано исчезновение болей? 3. Как объяснить нормальные значения показателей анализа крови? 4. Какой кал будет через 1-2 суток? 5. Как подтвердить диагноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острое желудочное кровотечение. 2. С тем, что соляная кислота связывается кровью. 3. Еще не наступила фаза гемодилюции. 4. Мелена. 5. Срочная ЭГДС. 	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>
3	<p>Больной 42 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приеме анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1,5 л мочи. Состояние ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада СМП.</p> <p><i>При осмотре:</i> состояние средней тяжести, в сознании. Лежит низко, голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, ритмичный. АД - 110/90 мм рт.ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт.ст. Печень +4 см,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тампонада сердца. 2. Парадоксальный пульс. 3. Острый экссудативный перикардит. 4. Маловероятно. 5. Пункция перикарда. 	<p>Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/13141</p>

	<p>чувствительная при пальпации. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец Т во всех грудных отведениях сглажен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как оценить состояние кровообращения? 2. Как оценить снижение АД на вдохе? 3. Какова причина этих нарушений? 4. Имеется ли связь между приемом фуросемида и клиническим ухудшением? 5. Какой срочный метод лечения показан? 		
--	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	<p>Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции :</p>

		<p>мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
2	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.</p>

		<p>- 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
3	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

		<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
4	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>

5	<p>Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.</p>	<p>Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</p> <p>Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</p> <p>Стоунхэм, М. Медицинские манипуляции : мультимедийный подход / Марк Стоунхэм, Джон Уэстбрук. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-4894-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448946.html . - Режим доступа : по подписке</p>
---	--	--

Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- **«зачтено»** - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- **«не зачтено»** - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

Критерии оценки ответа при собеседовании

- **«зачтено»:** ординатор глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать.
- **«не зачтено»:** ординатор не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПСА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

№№	Наименование раздела	Содержание самостоятельной работы	Объем в часах
1.	ФТД.1.1 «Экстренная медицинская помощь»		18
	Тема 1. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	6
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	6
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	6
2.	ФТД.1.2 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых		18
	Тема 1. Методика проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Базовая сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	18
ИТОГО:			36 ч

Формы контроля выполнения самостоятельной работы:

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

Требования к оформлению докладов.

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные; заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме).

Критерии оценки доклада.

Оценка «отлично» ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в

материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

Оценка «хорошо» ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

Оценка «удовлетворительно» ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

Оценка «неудовлетворительно» ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ОСНОВЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
---	--------------------	------------------	----------

1	<p>1. Научное исследование</p> <p>а) процесс изучения, эксперимента, концептуализации и проверки теории, связанный с получением научных знаний.</p> <p>б) организация экспериментальной деятельности в рамках педагогического процесса;</p> <p>в) анализ и обобщение педагогической теории и практики.</p>	<p>а) процесс изучения, эксперимента, концептуализации и проверки теории, связанный с получением научных знаний.</p>	<p>Методология научного исследования : учебно-методическое пособие / составители О. В. Богуславская [и др.]. — Красноярск : СФУ, 2018. — 95 с. — ISBN 978-5-7638-3690-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/157717</p>
2	<p>2. Критериями качества научного исследования являются:</p> <p>а) актуальность, новизна, теоретическая и практическая значимость</p> <p>б) количество применяемых методов в рамках исследования;</p> <p>в) уровни апробации исследования.</p>	<p>а) актуальность, новизна, теоретическая и практическая значимость</p>	<p>Методология научного исследования : учебно-методическое пособие / сост.: В. Богуславская [и др.]. — Красноярск : СФУ, 2018. — 95 с. — ISBN 978-5-7638-3690-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/157717</p>
3	<p>3. Объект исследования это:</p> <p>а) та часть объективной реальности, практики или научного знания (если исследование теоретическое), с которой исследователь имеет дело.</p> <p>б) тот аспект, та точка зрения, с которой исследователь познает целостный объект, выделяя при этом главные, наиболее существенные (с точки зрения исследователя) признаки объекта.</p>	<p>а) та часть объективной реальности, практики или научного знания (если исследование теоретическое), с которой исследователь имеет дело.</p>	<p>Голубева, А. И. Методология научного исследования : учебно-методическое пособие / А. И. Голубева. — Ярославль : Ярославская ГСХА, 2019. — 72 с. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/172585</p>
4	<p>4. Предмет исследования это:</p> <p>а) конкретная часть объекта, которая будет подробно изучаться в процессе исследования;</p> <p>б) какое-либо практическое или теоретическое отношение, содержащее в себе противоречие.</p>	<p>а) конкретная часть объекта, которая будет подробно изучаться в процессе исследования;</p>	<p>Голубева, А. И. Методология научного исследования : учебно-методическое пособие / А. И. Голубева. — Ярославль : Ярославская ГСХА, 2019. — 72 с. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/172585</p>
5	<p>5. Теоретическая значимость исследования это:</p> <p>а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики</p>	<p>а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики</p>	<p>Асхаков, С. И. Основы научных исследований : учебное пособие / С. И. Асхаков. — Карачаевск : КЧГУ,</p>

	<p>изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;</p> <p>б) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.)</p> <p>в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.</p>	<p>изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;</p>	<p>2020. — 348 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/161998</p>
6	<p>6. Научная новизна</p> <p>а) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.)</p> <p>б) это неизвестные ранее и выявленные или установленные в ходе проведения исследования обоснованные знания, подтвержденные теоретически или в результате практических экспериментов;</p> <p>в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.</p>	<p>б) это неизвестные ранее и выявленные или установленные в ходе проведения исследования обоснованные знания, подтвержденные теоретически или в результате практических экспериментов;</p>	<p>Пархоменко, Н. А. Основы научных исследований : учебное пособие / Н. А. Пархоменко. — Омск : Омский ГАУ, 2020. — 80 с. — ISBN 978-5-89764-853-5. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/170287</p>
7	<p>7. Практическая значимость</p> <p>а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;</p> <p>б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий;</p> <p>в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).</p>	<p>в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).</p>	<p>Сафронова, Т. Н. Основы научных исследований : учеб. пособие / Сафронова Т. Н. - Красноярск : СФУ, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-7638-3428-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785763834284.html</p>

№	Содержание задания	Источник
1	Наука. Признаки, специфические черты науки. Методология. Критерии научности знания.	Ромм, М. В. Философия и методология науки : учебное пособие / М. В. Ромм, В. В. Вихман, М. Р. Мазурова. — Новосибирск : НГТУ, 2020. — 124 с. — ISBN 978-5-7782-4136-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/152303
2	Научное познание. Принципы научного познания.	Ромм, М. В. Философия и методология науки : учебное пособие / М. В. Ромм, В. В. Вихман, М. Р. Мазурова. — Новосибирск : НГТУ, 2020. — 124 с. — ISBN 978-5-7782-4136-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/152303
3	Определение понятия «исследование». Приведите примеры общенаучных методов исследования.	Методология научных исследований в клинической медицине / Н. В. Долгушина [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3898-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438985.html
4	Рандомизация: определение, основная цель, способы в современных РКИ.	Методология научных исследований в клинической медицине / Н. В. Долгушина [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3898-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438985.html

		0438985.html
5	Методы теоретических и эмпирических исследований.	Методология научных исследований в клинической медицине / Н. В. Долгушина [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3898-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438985.html

УК-2. Способность разрабатывать, реализовывать проект и управлять им.

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	8. Гипотеза это: а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением; б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий; в) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.	в) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления	Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
2	9. Проблема исследования а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением; б) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.	а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением;	Иванько, Я. М. Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / Я. М. Иванько, С. А. Петрова. — Иркутск : Иркутский ГАУ, 2022. — 102 с. — ISBN 978-5-91777-241-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/300122
3	10. Апробация исследования: а) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и	б) критическая оценка со стороны научного сообщества научных исследований соискателя	Иванько, Я. М. Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / Я. М. Иванько, С. А. Петрова. — Иркутск :

	Т.д.) б) критическая оценка со стороны научного сообщества научных исследований соискателя.		Иркутский ГАУ, 2022. — 102 с. — ISBN 978-5-91777-241-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/300122
4	5. Теоретическая значимость исследования это: а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы; б) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.) в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.	в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий	Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
5	6. Научная новизна а) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.) б) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы; в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.	б) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;	Иванько, Я. М. Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / Я. М. Иванько, С. А. Петрова. — Иркутск : Иркутский ГАУ, 2022. — 102 с. — ISBN 978-5-91777-241-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/300122
6	7. Практическая значимость а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;	в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы	Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. —

	б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий; в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).	(пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).	158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
7	13. Что из перечисленного относится к эмпирическим методам исследования: 1) наблюдение; 2) измерение; 3) конкретизация; 4) опрос; 5) тестирование;	1) наблюдение;	Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Методологический аппарат исследования (актуальность, тема, проблема научного исследования).	Пархоменко, Н. А. Основы научных исследований : учебное пособие / Н. А. Пархоменко. — Омск : Омский ГАУ, 2020. — 80 с. — ISBN 978-5-89764-853-5. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/170287
2	Исторический и логический методы научного исследования.	Пархоменко, Н. А. Основы научных исследований : учебное пособие / Н. А. Пархоменко. — Омск : Омский ГАУ, 2020. — 80 с. — ISBN 978-5-89764-853-5. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/170287
3	Методология как система знаний и как деятельность.	Пархоменко, Н. А. Основы научных исследований : учебное пособие / Н. А. Пархоменко. — Омск : Омский ГАУ, 2020. —

		80 с. — ISBN 978-5-89764-853-5. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/170287
4	Гипотеза и защищаемые положения научного исследования.	Основы научных исследований : учебное пособие / сост.: Ю. В. Устинова [и др.]. — Кемерово : КемГУ, 2019. — 112 с. — ISBN 978-5-8353-2426-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/134299
5	Фаза проектирования научного исследования (стадии, этапы).	Основы научных исследований : учебное пособие / сост.: Ю. В. Устинова [и др.]. — Кемерово : КемГУ, 2019. — 112 с. — ISBN 978-5-8353-2426-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/134299
6	Технологическая фаза научного исследования (стадии, этапы).	Основы научных исследований : учебное пособие / сост.: Ю. В. Устинова [и др.]. — Кемерово : КемГУ, 2019. — 112 с. — ISBN 978-5-8353-2426-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/134299
7	Стадия конструирования и технологической подготовки научного исследования.	Пархоменко, Н. А. Основы научных исследований : учебное пособие / Н. А. Пархоменко. — Омск : Омский ГАУ, 2020. — 80 с. — ISBN 978-5-89764-853-5. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/170287

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Задания закрытого типа

Тесты (необходимо выбрать один правильный ответ)

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	15. Индекс цитирования - это: 1) принятая в научном мире мера «значимости» трудов какого-либо ученого; 2) международное признание и публикационная активность ученых, научных работников;	1) принятая в научном мире мера «значимости» трудов какого-либо ученого;	Третьякова, О. В. Индексы научного цитирования: возможности и перспективы в оценке результатов научной деятельности / О. В. Третьякова. — Вологда : ВолНЦ РАН, 2014. — 52 с. — ISBN 978-5-93299-276-0. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/125236
2	16. Импакт-фактор научного журнала: 1) формальный численный показатель важности научного журнала. 2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования.	2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования	Третьякова, О. В. Индексы научного цитирования: возможности и перспективы в оценке результатов научной деятельности / О. В. Третьякова. — Вологда : ВолНЦ РАН, 2014. — 52 с. — ISBN 978-5-93299-276-0. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/125236
3	17. Индекс Хирша: 1) международное признание и публикационная активность ученых, научных работников; 2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования.	2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования	Третьякова, О. В. Индексы научного цитирования: возможности и перспективы в оценке результатов научной деятельности / О. В. Третьякова. — Вологда : ВолНЦ РАН, 2014. — 52 с. — ISBN 978-5-93299-276-0. — Текст : электронный — URL: https://e.lanbook.com/book/125236
4	20. Принцип детерминизма в научном познании заключается в следующем: 1) наличие разнообразных объективно существующих форм взаимосвязи явлений; 2) теории, справедливость которых экспериментально установлена для той или иной области явлений, с появлением новых, более общих теорий не отбрасываются как нечто ложное;	2) теории, справедливость которых экспериментально установлена для той или иной области явлений, с появлением новых, более общих теорий не отбрасываются как нечто ложное;	Ромм, М. В. Философия и методология науки : учебное пособие / М. В. Ромм, В. В. Вихман, М. Р. Мазурова. — Новосибирск : НГТУ, 2020. — 124 с. — ISBN 978-5-7782-4136-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-

	3) воспроизведение целостности явления требует применения в познании взаимоисключающих «дополнительных» классов понятий.		библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/152303
5	18. Что не относится к принципам научной этики: 1) Объективность. 2) Честность. 3) Непротиворечив. 4) Терпимость. 5) Сомнение в достоверности.	3) Непротиворечив.	Ромм, М. В. Философия и методология науки : учебное пособие / М. В. Ромм, В. В. Вихман, М. Р. Мазурова. — Новосибирск : НГТУ, 2020. — 124 с. — ISBN 978-5-7782-4136-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/152303
6	8. Гипотеза это: а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением; б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий; в) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.	в) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.	Ромм, М. В. Философия и методология науки : учебное пособие / М. В. Ромм, В. В. Вихман, М. Р. Мазурова. — Новосибирск : НГТУ, 2020. — 124 с. — ISBN 978-5-7782-4136-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/152303
7	7. Практическая значимость а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы; б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий; в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).	в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).	Методология научного исследования : учебно-методическое пособие / составители О. В. Богуславская [и др.]. — Красноярск : СФУ, 2018. — 95 с. — ISBN 978-5-7638-3690-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/157717

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Особенности индивидуальной и коллективной научной	Основы научно-исследовательской

	деятельности.	деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
2	Устное представление научной информации (виды, формы, правила, подготовка).	Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
3	Информационное обеспечение научных исследований (классификация источников, поиск и отбор информации, работа с источниками, схема формирования записей).	Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
4	Рефлексивная фаза научного исследования (самооценка, научная рефлексия).	Основы научно-исследовательской деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
5	Изложение результатов аналитической и исследовательской работы.	Основы научно-исследовательской

		деятельности : учебное пособие / сост. А. Л. Алексеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Персиановский : Донской ГАУ, 2022. — 158 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/315014
--	--	---

Рубежный контроль в форме зачета без оценки (собеседование по контрольным вопросам) проводится на последнем занятии дисциплины. Результаты зачета заносятся в зачетную ведомость.

Обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено», «не зачтено».

Оценка **«зачтено»**: ординатор глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать.

Оценка **«не зачтено»**: ординатор не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ВО ДИСЦИПЛИН «ЭФФЕКТИВНЫЕ КОММУНИКАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА»

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Коды компетенций	Название компетенции	Краткое содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии	навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации
УК-2	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	специфику нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение научных исследований и представление их результатов	принимать участие в разработке и управлении проектом	выполнять задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля в сфере научных исследований
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	принципы разработки командной стратегии деятельности для достижения целей организации	организовывать и руководить работой команды для достижения поставленных целей	демонстрировать лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	Использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения

<p style="text-align: center;">ОПК-3</p>	<p>Способен осуществлять педагогическую деятельность.</p>	<p>Современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации; техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения; особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>	<p>Осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьесбережения; мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья; приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья</p>	<p>Методами обучения и воспитания обучающегося; навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО; интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе</p>
---	---	--	--	---

18. Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.html> . - Режим доступа : по подписке.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.html>
3. Царик, Г. Н. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.html>

Дополнительная литература:

1. В.В. Шкарин, В.В. Ивашева, О.С. Емельянова, Д.В. Трофимов, Ю.В. Севастьянова// Сотрудники медицинской организации и представители средств массовой информации. Порядок взаимодействия: учебное пособие.- Волгоград: Издательство ВОЛГГМУ,2021, - С.36
2. Карякин, Н. Н. Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благоданова [и др.] ; под общ. ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6032-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460320.html>
3. Статистика медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению : учебное пособие / В. В. Шкарин, Н. П. Багметов, В. В. Ивашева, О. С. Емельянова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 100 с. — ISBN 978-5-9652-0800-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295919> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
4. Шкарин, В. В. Повышение эффективности здравоохранения – научные и практические аспекты : монография / В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 248 с. — ISBN 978-5-9652-0721-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/250133> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
5. Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295913> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

6. Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html>

7. Понкина, А. А. Права врачей / Понкина А. А. , Понкин И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-5432-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454329.html>

8. **Доника, А. Д.** [Этическое образование в медицинском вузе: европейская практика / А. Д. Доника, П. Р. Ягупов // Биоэтика. — 2018. — № 2 \(22\). — С. 31—34.](#)

9. **Силуянова, И. В.** Связана ли правовая норма «приоритета человека» с моральным принципом доминанты интересов пациента? / И. В. Силуянова. — Биоэтика. — 2016. — № 2 (18). — С. 14—17.

10. Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101 -107.

11. Шкарин, В. В. Лучшие образовательные практики (кейсы) Волгоградского государственного медицинского университета : коллективная монография / В. В. Шкарин, В. И. Петров, С. В. Поройский ; под ред. В. В. Шкарина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 336 с. — ISBN 978-5-9652-0776-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295874> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1 - достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какое из следующих утверждений наиболее точно описывает активное слушание?	Понимание и интерпретация сообщений пациента	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Что означает термин "эмпатия" в контексте врачебной практики?	Умение чувствовать и понимать эмоции пациента	Шкарин, В. В. Повышение эффективности здравоохранения – научные и практические аспекты : монография / В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 248 с. — ISBN 978-5-9652-0721-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250133 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3.	Какой из следующих элементов не является частью эффективной коммуникации?	Игнорирование невербальных сигналов	Шкарин, В. В. Лучшие образовательные

		<p>практики (кейсы) Волгоградского государственного медицинского университета : коллективная монография / В. В. Шкарин, В. И. Петров, С. В. Поройский ; под ред. В. В. Шкарина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 336 с. — ISBN 978-5-9652-0776-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295874 . — Режим доступа: для авториз. пользователей</p>
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какое поведение врача может повысить уровень доверия у пациента?	Открытое и честное общение	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm I . - Режим доступа : по подписке.
2.	Что такое "невербальная коммуникация"?	Общение с помощью жестов, мимики и интонации	Шкарин, В. В. Повышение эффективности здравоохранения – научные и практические аспекты : монография / В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 248 с. — ISBN 978-5-9652-0721-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250133 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3.	Какой из следующих факторов может затруднить коммуникацию между врачом и пациентом?	Культурные различия	Шкарин, В. В. Лучшие образовательные практики (кейсы)

			<p>Волгоградского государственного медицинского университета : коллективная монография / В. В. Шкарин, В. И. Петров, С. В. Поройский ; под ред. В. В. Шкарина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 336 с. — ISBN 978-5-9652-0776-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295874 . — Режим доступа: для авториз. пользователей</p>
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1 Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой метод можно использовать для проверки понимания информации пациентом?	Задать открытые вопросы	Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.htm I . - Режим доступа : по подписке.
2.	Какое из следующих утверждений о коммуникации с пациентами является верным?	Важно адаптировать стиль общения в зависимости от пациента	Шкарин, В. В. Повышение эффективности здравоохранения – научные и практические аспекты : монография / В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 248 с. — ISBN 978-5-9652-0721-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/250133 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3.	Что такое "обратная связь" в контексте врачебной коммуникации?	Информация от пациента о том, как он понимает	Шкарин, В. В. Лучшие образовательные

		рекомендации врача	практики (кейсы) Волгоградского государственного медицинского университета : коллективная монография / В. В. Шкарин, В. И. Петров, С. В. Поройский ; под ред. В. В. Шкарина. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 336 с. — ISBN 978-5-9652-0776-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295874 . — Режим доступа: для авториз. пользователей
--	--	--------------------	---

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	специфику нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение научных исследований и представление их результатов

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Что такое "информированное согласие"?	Процесс, при котором пациент получает полную информацию о лечении и принимает решение	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А.

			<p>Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5- 9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm 1</p>
2.	Что важно учитывать при составлении письменных инструкций для пациентов?	<p>Писать кратко, ясно и доступно, учитывая уровень понимания пациента</p>	<p>Карякин, Н. Н. Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благоданова [и др.] ; под общ. ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6032-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460320.html</p>
3.	Какой нормативно-правовой акт регулирует права пациентов на получение информации о своем здоровье и лечении в России?	<p>Федеральный закон №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"</p>	<p>Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html</p>

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	принимать участие в разработке и управлении проектом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какое из следующих утверждений о невербальной коммуникации является верным?	Невербальные сигналы могут передавать больше информации, чем слова	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970463284.htm 1
2.	Что такое "парафраз" в контексте медицинской коммуникации?	Переформулирование сказанного пациентом для проверки понимания	Карякин, Н. Н. Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благодирова [и др.] ; под общ. ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6032-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460320.html
3.	Какое из следующих утверждений о невербальной коммуникации является неверным?	Невербальная коммуникация не влияет на восприятие информации	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	выполнять задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля в сфере научных исследований

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой метод может помочь врачу лучше понять потребности пациента?	Использовать активное слушание	Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm 1
2.	Какой из следующих аспектов является ключевым для успешного взаимодействия между врачом и пациентом?	Уважение к мнению пациента	Карякин, Н. Н. Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благоданова [и др.] ; под общ. ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6032-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460320.html
3.	Что важно учитывать при общении с пациентами из разных культур?	Уважать и учитывать их культурные особенности и традиции	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой

			Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html
--	--	--	---

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	принципы разработки командной стратегии деятельности для достижения целей организации

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какое из следующих утверждений о культурной компетентности является верным?	Врач должен быть осведомлён о культурных различиях и адаптировать своё общение	Понкина, А. А. Права врачей / Понкина А. А. , Понкин И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-5432-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454329.html

2.	Что такое "активное слушание"?	Внимательное восприятие и реагирование на слова собеседника	Царик, Г. Н. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.html
3.	Какой из следующих подходов может помочь при общении с пациентами с ограниченными возможностями?	Адаптировать свое общение и использовать вспомогательные средства, если необходимо	Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295913 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	организовывать и руководить работой команды для достижения поставленных целей
--	---

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Что такое "интерпретация" в процессе общения с пациентом?	Понимание и объяснение значений слов и эмоций пациента	Доника, А. Д. Этическое образование в медицинском вузе: европейская практика / А. Д. Доника, П. Р. Ягупов // Биоэтика. — 2018. — № 2 (22). — С. 31—34.
2.	Какой стиль общения может быть наиболее эффективным при работе с пациентами?	Партнёрский стиль, основанный на сотрудничестве	Царик, Г. Н. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.htm 1
3.	Какое из следующих действий может помочь врачу поддерживать профессиональные границы в общении с пациентами?	Оставаться в рамках профессиональных норм и этики	Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст :

			электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295913 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
--	--	--	--

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	демонстрировать лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой из следующих факторов может способствовать снижению стресса у пациентов во время консультации?	Доброжелательное отношение врача и комфортная обстановка	Доника, А. Д. Этическое образование в медицинском вузе: европейская практика / А. Д. Доника, П. Р. Ягупов // Биоэтика. — 2018. — № 2 (22). — С. 31—34.

2.	Что важно помнить при общении с пациентами, которые имеют различные языковые навыки?	Привлекать переводчиков или использовать визуальные средства для объяснения информации	Царик, Г. Н. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6044-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460443.html
3.	Какое из следующих действий может привести к улучшению взаимопонимания между врачом и пациентом?	Активно вовлекать пациента в процесс принятия решений о лечении	Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295913 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

ОПК- 1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
---	-----------------------------------

	Знать
ОПК- 1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Что такое "конфиденциальность" в контексте медицинской практики?	Защита личной информации пациента от раскрытия без его согласия	В.В. Шкарин, В.В. Ивашева, О.С. Емельянова, Д.В. Трофимов, Ю.В. Севастьянова// Сотрудники медицинской организации и представители средств массовой информации. Порядок взаимодействия: учебное пособие.- Волгоград: Издательство ВОЛГГМУ, 2021, - С.36
2.	Что такое "клиническое интервью"?	Процесс сбора информации о здоровье пациента через беседу	Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101 -107
3.	Какое из следующих действий может повысить уровень доверия пациента к врачу?	Быть последовательным в своих рекомендациях и действиях	Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. —

		180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295913 . — Режим доступа: для авториз. пользователей
--	--	---

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой подход может помочь врачу создать безопасную атмосферу для обсуждения чувствительных тем?	Проявление чуткости и уважения к личному пространству пациента	В.В. Шкарин, В.В. Ивашева, О.С. Емельянова, Д.В. Трофимов, Ю.В. Севастьянова// Сотрудники медицинской организации и представители средств массовой информации. Порядок взаимодействия: учебное пособие.- Волгоград: Издательство

			ВОЛГГМУ, 2021, - С.36
2.	Какое из следующих действий может помочь врачу поддерживать профессиональные границы в общении с пациентами?	Оставаться в рамках профессиональных норм и этики	Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101 -107
3.	Какой из следующих аспектов является частью законодательства о защите персональных данных в контексте медицинской практики?	Персональные данные пациентов должны обрабатываться с соблюдением принципов законности и конфиденциальности	Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295913 . — Режим доступа: для авториз. пользователей

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ОПК- 1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Что означает принцип конфиденциальности в медицинской практике?	Врач обязан хранить в тайне информацию о здоровье пациента без его согласия	В.В. Шкарин, В.В. Ивашева, О.С. Емельянова, Д.В. Трофимов, Ю.В. Севастьянова// Сотрудники медицинской организации и представители средств массовой информации. Порядок взаимодействия: учебное пособие.- Волгоград: Издательство ВОЛГГМУ, 2021, - С.36
2.	Какой из следующих документов является обязательным для получения информированного согласия пациента перед проведением медицинских процедур?	Письменная форма информированного согласия	Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101 -107
3.	Какой закон регулирует вопросы медицинской этики и деонтологии в России?	Кодекс профессиональной этики врача	Шкарин, В. В. Медицинский вуз в пандемии COVID-19: опыт социальной диагностики : монография / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова. — Волгоград : ВолГМУ, 2022. — 180 с. — ISBN 978-5-9652-0797-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295913 . — Режим доступа:

			для авториз. пользователей
--	--	--	----------------------------

ОПК- 3 Способен осуществлять педагогическую деятельность.

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ОПК- 3 Способен осуществлять педагогическую деятельность.	Современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации; техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения; особенности мотивации в сфере здоровье сбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой из следующих методов обучения наиболее эффективно развивает навыки врачебной коммуникации через практическое взаимодействие?	Симуляция	Силуянова, И. В. Связана ли правовая норма «приоритета человека» с моральным принципом доминанты интересов пациента? / И. В. Силуянова. — Биоэтика. — 2016. — № 2 (18). — С. 14—17.
2.	Какую роль в обучении врачебной коммуникации играет использование обратной связи от пациентов и коллег?	Обратная связь помогает выявить слабые места и улучшить навыки общения	2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. -

			Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.html
3.	Какой из перечисленных подходов к обучению способствует развитию эмоционального интеллекта у врачей, что важно для эффективной коммуникации с пациентами?	Групповая работа и ролевые игры	Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101 -107

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ОПК- 3 Способен осуществлять педагогическую деятельность.	Осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения; мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья; приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой из следующих методов наиболее эффективно информирует пациентов и их семьи о здоровье сберегающих методах?	Проведение интерактивных семинаров	Силуянова, И. В. Связана ли правовая норма «приоритета

			человека» с моральным принципом доминанты интересов пациента? / И. В. Силуянова. — Биоэтика. — 2016. — № 2 (18). — С. 14—17.
2.	Какой из следующих подходов может быть использован для мотивации пациентов к укреплению здоровья?	Применение положительного подкрепления и примеры успешных изменений	2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463284.html
3.	Какой из факторов наиболее важен для вовлечения членов семьи в процесс укрепления здоровья пациента?	Создание поддерживающей среды и вовлечение в совместные занятия	Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101 -107

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
--------------------------------------	-----------------------------------

	Владеть
ОПК- 3 Способен осуществлять педагогическую деятельность.	Методами обучения и воспитания обучающегося; навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО; интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какой метод обучения наиболее способствует развитию навыков эффективной коммуникации у будущих врачей?	Рольевые игры и симуляции	Силуянова, И. В. Связана ли правовая норма «приоритета человека» с моральным принципом доминанты интересов пациента? / И. В. Силуянова. — Биоэтика. — 2016. — № 2 (18). — С. 14—17.
2.	Какой из следующих подходов лучше всего помогает врачу наладить доверительные отношения с пациентами?	Активное слушание и эмпатия	2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6328-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentl

			ibrary.ru/book/ISBN9785970463284.htm 1
3.	Какой метод воспитания обучающегося наиболее эффективен для формирования профессиональной этики у врачей?	Обсуждение этических дилемм в группе	Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101 -107

Перечень вопросов для устного собеседования:

ФТД.3 Эффективные коммуникации в профессиональной деятельности врача	<ol style="list-style-type: none"> 16. Определение эффективной коммуникации в контексте врачебной практики. 17. Какие основные навыки необходимы врачу для успешного общения с пациентами? 18. Этапы к установлению доверительных отношений с пациентами. 19. Понятие конфликта. Способы разрешения конфликта с пациентом или его родственниками. 20. Адаптация стиля общения в зависимости от возраста и состояния пациента. 21. Что такое активное слушание, и как оно может повлиять на взаимодействие с пациентом? 22. Сложные медицинские термины. Способы доступного изложения информации пациенту. 23. Действия врача при эмоциональных реакциях пациентов, в стрессовых ситуациях. 24. Какую роль играет невербальная коммуникация в вашей практике? 25. Работа с пациентами, которые не согласны с рекомендациями врача. 26. Обеспечение конфиденциальности и безопасности информации при общении с пациентами. 27. Технологии (например, электронные медицинские записи) используемые для улучшения коммуникации с пациентами и коллегами. 28. Взаимодействие с другими медицинскими специалистами для обеспечения комплексного подхода к лечению пациента. 29. Повышение квалификации в области коммуникаций и взаимодействия с пациентами. 30. Эффективность общения с пациентами и коллегами. Какие методы или инструменты используются?
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

ФТД.3 Эффективные коммуникации в профессиональной деятельности врача	<ol style="list-style-type: none"> 1. Роль активного слушания в врачебной практике: как оно влияет на качество диагностики и лечения. 2. Этические аспекты коммуникации между врачом и пациентом: доверие, конфиденциальность и информированное согласие. 3. Влияние невербальной коммуникации на взаимодействие врача с пациентом: анализ жестов, мимики и позы. 4. Стратегии управления конфликтами в медицинской практике: как эффективно разрешать разногласия с пациентами и их родственниками. 5. Адаптация стиля общения врача в зависимости от культурных и социальных особенностей пациента. 6. Использование технологий для улучшения коммуникации в здравоохранении: электронные медицинские записи, телемедицина и мобильные приложения. 7. Психологические аспекты общения с пациентами: как поддерживать эмоциональное состояние и справляться с тревожностью. 8. Роль междисциплинарной коммуникации в обеспечении комплексного подхода к лечению пациентов.
--	---

	<p>9. Обучение навыкам эффективной коммуникации в медицинских учреждениях: программы и методики повышения квалификации врачей.</p> <p>10. Коммуникация в кризисных ситуациях: как врачу взаимодействовать с пациентами и их семьями в условиях стресса и неопределенности.</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>ФТД.3 Эффективные коммуникации в профессиональной деятельности врача</p>	<p>Задача № 1. Ситуация с недовольным пациентом: Пациент пришел на прием с жалобами на боль и недовольством по поводу предыдущего лечения. Он выражает недовольство врачом и медицинским обслуживанием. Как врачу эффективно общаться с пациентом, чтобы выяснить причины его недовольства, восстановить доверие и предложить решение?</p> <p>Задача № 2. Обсуждение диагноза с пациентом: Врач должен сообщить пациенту о диагнозе, который может быть серьезным (например, рак). Как врач должен подготовиться к этому разговору, чтобы донести информацию четко и деликатно? Какие стратегии можно использовать для обеспечения понимания и поддержки пациента в этот трудный момент?</p> <p>Задача № 3. Работа с пациентом из другой культурной группы: Врач принимает пациента, который говорит на другом языке и имеет различные культурные представления о здоровье и медицине. Как врачу наладить эффективное общение, учитывая языковой барьер и культурные различия? Какие методы можно использовать для обеспечения понимания и уважения к культурным особенностям пациента?</p> <p>Задача № 4. Конфликт с коллегой: В процессе работы над общим случаем возник конфликт между врачом и медицинской сестрой из-за различий в подходах к лечению пациента. Как врачу разрешить этот конфликт, поддерживая профессиональные отношения и обеспечивая наилучший уход за пациентом? Какие навыки коммуникации могут помочь в этой ситуации?</p> <p>Задача №5. Обсуждение плана лечения с семьей пациента: Пациент находится в тяжелом состоянии, и врач должен обсудить с его семьей план лечения и возможные варианты ухода. Как врачу правильно организовать эту встречу, чтобы обеспечить ясность, поддерживать открытость и учитывать эмоциональные потребности семьи? Какие подходы могут помочь в управлении их страхами и ожиданиями?</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

30. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ

<p>Удовлетворительно (3) - 76 – 90%</p> <p>Хорошо (4) -91-100</p> <p>Отлично (5)</p>	<p>61 – 75</p> <p>76– 90</p> <p>91 – 100</p>
---	--

31. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)</p>	51. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	52. Знание алгоритма решения
	53. Уровень самостоятельного мышления
	54. Аргументированность решения
	55. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

32. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

33. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 час.

Формы контроля – дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
ФТД.3	Эффективные коммуникации в профессиональной деятельности врача	12

Перечень дискуссионных тем:

ФТД.3 Эффективные коммуникации в профессиональной деятельности врача	6. Определение эффективной коммуникации в контексте врачебной практики. 7. Этические аспекты коммуникации между врачом и пациентом. 8. Психологические аспекты общения с пациентами. 9. Мотивация пациентов и членов их семей на укрепление здоровья. 10. Подходы к решению конфликтных ситуаций.
--	---

Критерии и шкала оценивания

3. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей