

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 31.08.2026 13:49:53
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd2537859510e8c6c0873bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ
«ПАТОЛОГИЯ»**

Специальность	<u>31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение</u>
Квалификация	<u>врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>патологии и судебной медицины</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«ПАТОЛОГИЯ»**

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства
ПК–5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Демонстрация практических навыков
		Рефераты
		Рефераты

		течения патологии и закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях. Владеть навыками постановки и рубрификации диагноза с МКБ.			необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	--	--	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
2.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
3.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Тематика рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц;

				форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
4.	Практические навыки	Средство контроля, организованное в виде практического навыка, связанного с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень микро- и макропрепаратов	Микропрепараты: обучающийся должен определить вид ткани, орган, характер патологических изменений в тканях, определить заболевание, вызвавшие наблюдаемые изменения. Макропрепараты: необходимо назвать пораженный орган, вид патологии, какие микроскопические изменения соответствуют характеру макропрепарата
5.	Вопросы для зачёта	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы для зачёта	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса;

				Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
--	--	--	--	--

2.2. ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Собеседование по ситуационным задачам

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Практические навыки (работа с макро-и микропрепаратами)

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все патологические изменения, обнаруженные в микроскопическом и макроскопическом препаратах идентифицированы, требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Большинство патологических изменений, обнаруженных в микроскопическом и макроскопическом препаратах идентифицированы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию выполнены частично.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию не выполнены. Нет ответа. Нет попытки идентифицировать патологию.

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Собеседование по вопросам для зачёта

Оценка	Описание
Зачтено	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Не зачтено	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Тематика рефератов

ПК-5

1. Задачи клинической патологической анатомии.
2. Понятие танатогенеза. Морфологические критерии основных вариантов танатогенеза.
3. Значение и роль патологоанатомической службы в системе здравоохранения.
4. Развитие прозекторской службы в России.
5. Диагноз, структура и логика клинического и патологоанатомического диагноза.
6. Понятие об основном заболевании, осложнении, сопутствующем заболевании.
7. Комбинированное основное заболевание: конкурирующее, сочетанное, фоновое.
8. Международная классификация болезней и её применение при оформлении диагноза.
9. Основные и дополнительные методы патологоанатомического исследования.
10. Техника эвисцерации внутренних органов.
11. Принципы составления диагноза при вскрытии трупов новорожденных. Критерии зрелости и доношенности.
12. Выявление диагностических ошибок и их анализ при сличении клинического и патологоанатомического диагнозов.
13. Категории оценок при сличении клинического и патологоанатомического диагноза.
14. Объективные причины расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.
15. Субъективные причины расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.
16. Категории расхождения диагнозов по основному заболеванию.

3.1.2. Ситуационные задачи

ПК-5

1. Женщина 29 лет поступила в роддом на 36-й неделе беременности. В анамнезе 3 медицинских аборта. Беременность 4-я, роды первые. Предыдущие беременности завершились медицинскими абортами. В первой половине настоящей беременности наблюдались тошнота, анемия легкой степени, на 11-й неделе — угроза прерывания беременности, уреоплазмоз, по поводу которого получала лечение. Родоразрешение на сроке 37—38 нед путем кесарева сечения. Извлечена девочка массой 3050 г, рост 50 см. Наблюдалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тугое обвитие пуповины вокруг шеи 2 раза, острая гипоксия плода, оценка по шкале Апгар при рождении 1 балл. Проводились реанимационные мероприятия. Смерть новорожденной наступила через 1 сутки и 14 ч после родов.

Клинический диагноз. Внутриутробная инфекция неуточненной этиологии. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Анемия. Своевременные оперативные роды.

Данные патологоанатомического исследования. Мягкие мозговые оболочки отечные, мутные, полнокровные, с множественными кровоизлияниями. В глубине латеральных борозд видны множественные беловато-сероватые очажки, похожие на комочки ваты размером 0,2—0,3 см в диаметре. Мозговая ткань на разрезе синюшного цвета, влажная. Легкие тестоватой консистенции, на разрезе темно-красного цвета. С поверхности разреза отделяется кровянистая масса, под

плеврой — точечные кровоизлияния. Внутренние органы полнокровны. При гистологическом исследовании в мягких мозговых оболочках определяются продуктивно-склеротические узелки на фоне диффузной продуктивно-экссудативной воспалительной реакции, среди клеточных элементов которой преобладают макрофаги с PAS-положительными включениями в цитоплазме, а также лимфоциты и фибробласты. Аналогичная картина — в сосудистых сплетениях. Лимфогистиоцитарные инфильтраты видны в строме легких, поджелудочной железы и надпочечников; в альвеолярных ходах и в полостях альвеол гомогенные белковые массы и эритроциты, остатки околоплодных вод. В мазках-отпечатках с легких и мозговых оболочек, обработанных меченой противохламидийной сывороткой, регистрируется свечение хламидийного антигена в цитоплазме альвеолоцитов, эндотелия и макрофагов. Плацента массой 560 г с дополнительной долькой 5,0х4,0х1,5 см. В ворсинах хориона, базальной пластинке, париетальной децидуальной оболочке выявляется лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофильных лейкоцитов.

Задания:

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе.
2. Патология последа, обусловившая поражение новорожденного.
3. Расхождение диагнозов по:
 - а. Осложнению.
 - б. Конкурирующему заболеванию.
 - в. Сопутствующему заболеванию.
 - г. Основному заболеванию.
4. Причина расхождения диагнозов.

Эталон ответа:

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе — врожденная хламидийная инфекция, подтвержденная положительной реакцией при иммунофлюоресценции: ватобразный узелковый менингохориоидит на фоне экссудативно-пролиферативного менингита, межуточный панкреатит и эпинефрит. Непосредственная причина смерти — асфиксия новорожденного.

2. Патология последа, обусловившая поражение новорожденного — плацентит (экссудативный базальный и париетальный децидуит, диссеминированный виллезит); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

3. Расхождение диагнозов по основному заболеванию второй категории (не выявлена нозологическая принадлежность врожденной инфекции).

4. Причина расхождения диагнозов — недостаточное клиническое обследование больного.

2. Женщина 23 лет, 2-я беременность на сроке 35—36 нед, первые роды. В анамнезе медицинский аборт. С 23 нед настоящей беременности диагностирован плацентит, с 28 нед — отеки, протеинурия, хроническая фетоплацентарная недостаточность. За 4 сут до родов исчезло сердцебиение плода. При родовспоможении использованы кожно-головные щипцы. Родился мертвый мацерированный плод массой 2300 г, рост 46 см.

Клинический диагноз. Преждевременные роды мертвым плодом. Нефропатия легкой степени на фоне нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу, кандидозный кольпит.

Данные патологоанатомического исследования. Мацерация кожных покровов плода, окрашивание их мекониевыми массами в зеленоватый цвет, мекония в толстой кишке мало. Внутренние органы дряблые, полнокровные. В мягких мозговых оболочках и эпикарде — точечные кровоизлияния. Плацента массой 450 г, с плодной поверхности окрашена в зеленоватый цвет. Околоплодные оболочки мутные, отечные, зеленоватого цвета, пупочный канатик длиной 60 см, по его ходу — ложные узлы.

При гистологическом исследовании — в легких аспирированные мелкозернистые эозинофильные и мекониевые массы; в почках, печени, миокарде — частичный аутолиз, венозное полнокровие. В плаценте — флегмонозное воспаление, в плодных оболочках — отек, очаговая лейкоцитарная инфильтрация.

Задания:

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе.
2. Непосредственная причина смерти плода.
3. Причина хронической фетоплацентарной недостаточности.
4. Свидетельство, необходимое для регистрации этой смерти в ЗАГСе.

Эталон ответа

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе — антенатальная гипоксия плода: мацерация и прокрашивание меконием кожных покровов, частичный аутолиз и венозное полнокровие внутренних органов, мелкие кровоизлияния в мозговых оболочках и в эпикарде, внутриутробное опорожнение толстой кишки, аспирация околоплодных вод и меконияльных масс.

2. Непосредственная причина смерти — антенатальная гипоксия.

3. Причина хронической фетоплацентарной недостаточности — гнойный флегмонозный плацентит.

4. В данной ситуации регистрация смерти в загсе производится только по «Медицинскому свидетельству о перинатальной смерти».

3. Женщина 78 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на задержку стула и газов, боли в животе, черный цвет кала, снижение массы тела в течение 4 месяцев на 10 кг, отеки на ногах. При осмотре кожные покровы бледные, пастозность голеней, красноватые пятна и полосы на передней поверхности голеней. При пальпации живота определяются болезненность и опухолевидное образование в левой подвздошной области. В общем анализе крови: гемоглобин — 70 г/л, эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты — $10 \cdot 10^9$ /л. При ультразвуковом исследовании печени в левой доле выявлены два узла 2,5 и 3,0 см в диаметре. Во время колоноскопии в области левого изгиба ободочной кишки обнаружена бугристая изъязвленная опухоль, циркулярно суживающая просвет кишки. При гистологическом исследовании тубулярная аденокарцинома умеренной степени дифференцировки. На 10-й день пребывания в стационаре была обнаружена медицинской сестрой в туалете, без сознания, без признаков сердечной деятельности и дыхания. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть.

Заключительный клинический диагноз. Рак левого изгиба ободочной кишки с метастазами в печень. Хроническая обтурационная толстокишечная непроходимость. Тромбоэмболия легочного ствола и его ветвей?

Данные патологоанатомического исследования. В области левого изгиба ободочной кишки обнаружена опухоль размером 6,0х7,0 см в виде плотных беловатых масс, прорастающая все слои стенки кишки, циркулярно суживающая просвет. В зоне роста опухоли слизистая оболочка с глубокими язвенными дефектами. При гистологическом исследовании опухоль имеет структуру тубулярной, местами слизистой, умеренно дифференцированной аденокарциномы с выраженным фиброзом стромы. Метастазы рака выявлены в трех лимфатических узлах брыжейки, печени, обнаружен канцероматоз брюшины. В глубоких венах голеней обнаружены плотные суховатые червеобразные массы серо-красного цвета, обтурирующие просвет. В легочном стволе и крупных его ветвях — свободно лежащие, червеобразные массы, похожие на образования в венах голеней.

Задания:

1. Гематогенные метастазы аденокарциномы ободочной кишки.
2. Источники тромбоэмболии легочного ствола и его ветвей.
3. Развившиеся у больной осложнения основного заболевания.

Эталон ответа:

1. Аденокарцинома ободочной кишки гематогенно метастазирует в печень, легкие, почки; возможны также метастазы в надпочечники, головной мозг, кости, щитовидную железу.

2. Источником тромбоэмболии легочного ствола и его ветвей являются тромбы, расположенные в венозном отрезке большого круга кровообращения, откуда кровь собирается к правым отделам сердца, а также пристеночные тромбы в камерах правого отдела сердца, откуда они вместе с кровью поступают в легочный ствол.

3. В связи с механическим препятствием (опухоль) у больной развилась толстокишечная непроходимость. Кахексия связана с выработкой опухолью особых биологически активных веществ — катехинов, влияющих на метаболизм. Развитие тромбоза глубоких вен голени может быть связано как с выработкой опухолью тромбогенных факторов, так и с возможным наличием у больной хронической сердечно-сосудистой недостаточности или варикозного расширения вен (общие и/или местные предрасполагающие к тромбообразованию факторы).

4. У женщины 46 лет год назад были диагностированы неспецифический аортоартериит и хронический бронхит, артериальная гипертензия. Поступила в стационар с острым нарушением мозгового кровообращения, моторной афазией и правосторонним гемипарезом. Через 6 дней развилась кома, и больная умерла.

Заключительный клинический диагноз. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез, моторная афазия. Неспецифический аортоартериит. Хронический обструктивный бронхит, пневмофиброз, двусторонняя нижнедолевая застойная пневмония. Артериальная гипертензия III стадии.

Данные патологоанатомического исследования. В теменной доле левого полушария большого мозга обнаружен округлый кашицеобразной консистенции (диаметром 6,5 см) очаг серого цвета. Крупные артерии основания головного мозга уплотнены, утолщены, с диффузным сужением просвета; в просвете левой средней мозговой артерии — обтурирующие червеобразные суховатые серо-красные массы. Внутренняя оболочка дуги, брюшной части и крупных ветвей аорты (плечеголового ствола, левых общей сонной и подключичной артерий), артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, а также устьев венечных артерий имела интенсивный желтый цвет; описанные отрезки сосудистого русла стенотически сужены. В верхней части брюшной части аорты престенотическое мешковидное расширение. В нем — пристеночные, фиксированные к внутренней оболочке, плотноватые серо-красные массы, прикрывающие устье левой почечной артерии. Остальные кровеносные сосуды без видимых изменений. В просвете крупных бронхов незначительное количество пенистой светло-серой жидкости, слизистая оболочка желто-серого цвета. Легкие синюшно-красного (в нижних долях — интенсивно красного) цвета, поверхность разреза зернистая, с чередованием участков плотной и эластической консистенции; ткань нижних долей тонет в воде. Кровеносные сосуды легких выступают над поверхностью разреза. Коровое вещество почек бледно-серого цвета, пирамиды мозгового вещества темно-красные.

При бактериологическом исследовании легких выделен *S.aureus* (10^7 КОЕ).

Результаты гистологического исследования. В стенках дуги, брюшной части аорты, ее крупных ветвей, артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, крупных мозговых артерий, а также в области устьев венечных артерий диффузный склероз всех оболочек сосудистой стенки, большое количество полнокровных *vasa vasorum*, очаговая инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами с единичными гигантскими клетками Лангханса. В ткани головного мозга обширные поля некроза с полиморфно-клеточной воспалительной реакцией по периметру, фиброз мягких мозговых оболочек. Легкие: часть альвеол расширена, с разрывами межальвеолярных перегородок; другие (в ткани из нижних долей) — заполнены эозинофильными гомогенными и нитевидными массами с нейтрофилами; межальвеолярные перегородки утолщены, инфильтрированы лимфоцитами и нейтрофилами; эпителий бронхов слущен, диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенок бронхов, гиперплазия слизистых желез крупных бронхов; перибронхиальный и периваскулярный склероз. Артериолосклеротический нефросклероз.

Задания:

1. Основное заболевание.
2. Осложнения основного заболевания.
3. Место хронического обструктивного бронхита в патолого-анатомическом диагнозе.
4. Механизм танатогенеза.

Эталон ответа

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе — синдром дуги аорты (Такаясу) — неспецифический аортоартериит: стенозирующе-аневризматический вариант, склеротическая стадия, с поражением дуги и брюшной части аорты и ее крупных ветвей, артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов и крупных мозговых артерий.

2. Осложнения основного заболевания: ишемический инфаркт левой теменной доли головного мозга вследствие тромбоза левой средней мозговой артерии; двусторонняя нижнедолевая, сливная, фибринозно-гнойная пневмония, вызванная золотистым стафилококком; отек головного мозга.

3. Хронический обструктивный диффузный бронхит является сопутствующим заболеванием.

4. Развитие у больной комы связано с нарастающим отеком головного мозга, приведшим к дислокации головного мозга и вклинению миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие со сдавлением дыхательного и сосудодвигательного центров головного мозга, что обусловило летальный исход.

5. У больного 45 лет туберкулез легких выявлен в исправительно-трудовом учреждении, где проведен курс химиотерапии. После освобождения в течение 2 лет частые обострения, последнее проявилось продуктивным кашлем со слизисто-гнойной мокротой, прогрессирующей одышкой, повышением температуры тела, нарастающей слабостью. Не лечился. В противотуберкулезном диспансере выполнена комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_V правого легкого с трехреберной торакопластикой. В послеоперационном периоде — несостоятельность культи бронха и эмпиема плевры справа. Смерть больного наступила через 2 нед после операции от массивного легочного кровотечения.

Заключительный клинический диагноз. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Операция: комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_V правого легкого с трехреберной торакопластикой (дата). Бронхиальный свищ культи правого верхнедолевого бронха. Острая эмпиема плевры справа. Аррозия ветви легочных артерий. Массивное легочное кровотечение. Геморрагический шок.

Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе выраженной активности воспалительного процесса (БК+): большие и гигантские каверны в верхней доле и сегменте S_V правого легкого (операционный материал №) с гематогенной диссеминацией, казеозный бронхит и бронхиолит, продуктивно-некротический медиастинальный лимфаденит. Операция: комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_V правого легкого с трехреберной торакопластикой (дата).

Осложнения: хроническое легочное сердце (масса сердца 430 г, ЖИ 0,8). Кахексия. Несостоятельность культи правого верхнедолевого бронха: продуктивно-некротические гранулемы в стенке культи бронха. Острая эмпиема плевры справа смешанной этиологии (микобактерии туберкулеза, протей, золотистый стафилококк). Полисегментарная фибринозно-гнойная пневмония нижней доли правого легкого (золотистый стафилококк). Аррозия ветви бронхиальной артерии в культе правого верхнедолевого бронха. Массивное кровотечение (2100 мл) в правую плевральную полость. Острое малокровие внутренних органов.

Задания:

1. Причина смерти больного.
2. Констатировано расхождение диагнозов по заболеванию.
3. Данная форма туберкулеза.

4. Возможные осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

Эталон ответа

1. Причина смерти больного — массивное легочное кровотечение вследствие аррозии сосуда культи бронха.

2. Выявлено расхождение диагнозов по сопутствующему заболеванию (хронический пиелонефрит). Причина расхождения — объективные трудности диагностики в связи с тяжестью состояния больного.

3. Фиброзно-кавернозный (ВК+) туберкулез — высококонтагиозная форма болезни.

4. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких возможно развитие следующих осложнений: прорыв каверны в плевральную.

6. Больная 24 лет госпитализирована с жалобами на нарушение менструального цикла по типу метроррагии, периодически возникающие боли внизу живота, скудные бели, повышение температуры тела по вечерам до субфебрильных цифр. На 17-й день менструального цикла выполнено диагностическое выскабливание полости матки. Материал направлен для гистологического исследования в централизованное патологоанатомическое отделение на следующий день.

Клинический диагноз. Хронический эндометрит в стадии обострения. Данные гистологического исследования. Маточные железы овально-округлой формы, местами извитые, в отдельных полях зрения имеют штопорообразную форму, просветы их расширены, заполнены эозинофильными гомогенными вакуолизированными массами. Цитоплазма клеток слабобазофильная. В абсолютном большинстве эпителиоцитов желез и покровных клетках видны субнуклеарно расположенные оптически пустые вакуоли. Ядра (чаще овально-округлые или палочковидные) оттеснены вакуолями в центральные отделы клеток, расположены на разных уровнях. В некоторых эпителиоцитах вакуоли определяются в апикальной части. Строма эндометрия разрыхлена, видны участки диапедезных кровоизлияний. Ядра соединительнотканых клеток крупные, вытянутые, гиперхромные. Спиральные артерии лежат группами по 2—3 вместе, умеренно извиты, полнокровны. В строме эндометрия выраженная полиморфно-клеточная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов, наличием немногочисленных плазматических клеток и нейтрофильных лейкоцитов. В просветах некоторых желез видны элементы инфильтрата. Наряду с этим определяются скопления фибробластов, преимущественно вокруг сосудов (периваскулярный фиброз).

Заключение. Хронический неспецифический эндометрит в фазе выраженной активности воспалительного процесса. Эндометрий соответствует ранней стадии фазы секреции менструального цикла.

Задания:

1. Вид материала, направленного на гистологическое исследование.

2. Метод фиксации материала.

3. Характер ответа патологоанатома.

4. Нормативные сроки исследования материала.

Эталон ответа

1. Биоптат инцизионный.

2. 10 % раствор нейтрального формалина в объеме, в 5— 10 раз превышающем объем фиксируемого материала.

3. Окончательный диагноз.

4. Нормативные сроки ответа — в пределах 5 сут от момента поступления материала в патологоанатомическое отделение.

7. Женщина 22 лет жаловалась на наличие плотного узла в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Уплотнение в молочной железе замечено около 9 мес назад. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Произведена секторальная резекция железы, ткань ее была послана для срочного гистологического исследования. Обнаружен опухолевый узел диаметром 2,0 см, плотный, четко отграниченный, на разрезе бело-розовый.

В гистологических срезах выявлена органоидной структуры опухоль, паренхима которой представлена мелкими темными эпителиоцитами, расположенными в один или несколько слоев, формирующими железистые структуры овальной и щелевидной формы. Строма новообразования нежная, но коллагенизированная, резко преобладает над паренхимой.

Задания:

1. Заболевание молочной железы
2. Вид проведенного морфологического исследования
3. Нормативные сроки исследования материала
4. Для выявления соединительной ткани в опухоли используют...

Эталон ответа

1. Фиброаденома молочной железы.
2. Срочная интраоперационная инцизионная биопсия.
3. Нормативный срок ответа — 20—25 мин от момента поступления материала для исследования в гистологическую лабораторию.
4. Для выявления соединительной ткани в опухоли используют пикрофуксин, при этом соединительная ткань окрашивается в кирпично-красный, а паренхима — в желтый цвет.

8. Больной 60 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, ноющие боли в эпигастальной области, анорексию, снижение массы тела на 15 кг за последний год, периодическое повышение температуры тела до фебрильных цифр. При фиброгастроскопии в кардиальном отделе желудка обнаружено опухолевидное образование округлой формы диаметром 9,5 см, плотное, эластичное, с бугристой серо-розовой поверхностью, кровоточащей при инструментальной пальпации. Из опухолевого узла взяты на исследование кусочки ткани и направлены в патологоанатомическое отделение.

Ответ патологоанатома: в микропрепаратах мелкие фрагменты некротического детрита, свертки фибрина, группы клеток покровно-ямочного эпителия.

Задания:

1. Необходимые манипуляции перед отправкой материала на гистологическое исследование.
2. Содержание графы «клинические данные» направления на гистологическое исследование.
3. Характер ответа патологоанатома.
4. Тактика лечащего врача.

Эталон ответа

1. Биоптат должен быть залит фиксирующим раствором; правильно упакован, для чего помещается во флакон с герметической крышкой; тщательно промаркирован с указанием фамилии, инициалов больного, отделения больницы. Эти данные заносятся на бирку, наклеиваемую на флакон с объектом исследования.

2. В бланке направления на гистологическое исследование должны быть заполнены следующие графы: паспортные данные больного, в том числе пол и возраст; название отделения, из которого доставлен материал; дата и часы забора материала; характер материала (биоптат, перационный) с указанием того, что конкретно посылается на исследование, и число объектов. В графе «клинические данные» указывают важные клинические, анамнестические данные и основные результаты лабораторно-инструментального обследования.

3. Ответ патологоанатома является описательным. Дать утвердительный ответ ему не позволил недостаточный забор материала при фиброгастроскопии.

4. С целью верификации опухоли лечащему врачу целесообразно назначить повторную биопсию, а также провести ряд исследований (ультразвуковое исследование печени, рентгенологическое исследование легких и грудной клетки) для выявления возможных метастазов.

9. Больной 22 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в правой подвздошной и околопупочной областях. При обследовании выявлен положительный симптом Щеткина—Блюмберга, в общем анализе крови количество лейкоцитов $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле — сдвиг влево — 7 % палочкоядерных лейкоцитов. Диагностирован острый аппендицит. По экстренным показаниям произведена аппендэктомия. Удаленный червеобразный отросток направлен на морфологическое исследование.

Ответ патологоанатома: червеобразный отросток длиной 7,0 см, толщиной до 1,3 см. Серозная оболочка тусклая, утолщена, покрыта желто-зелеными пленчатыми наложениями. Стенка дряблая, серо-красная. Просвет червеобразного отростка расширен, заполнен зеленоватыми гнойными массами. При гистологическом исследовании серозная оболочка покрыта фибринозным экссудатом. Стенка червеобразного отростка диффузно инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами, выражен отек, сосуды полнокровны. Воспалительная клеточная инфильтрация распространяется на жировую ткань брыжейки отростка. Слизистая оболочка изъязвлена. Просвет отростка заполнен гнойным экссудатом.

Заключение. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит, периаппендицит, мезентериолит.

Задания:

1. Компоненты ответа морфолога при изучении операционного материала.
2. Характер ответа патологоанатома.
3. Обязательному морфологическому исследованию подлежат органы и ткани.
4. Отвечает за доставку материала в патологоанатомическое отделение.

Эталон ответа

1. Ответ патологоанатома при исследовании операционного материала состоит из трех частей: макроскопического описания, описания микроскопических изменений и заключения (диагноза).

2. С учетом верификации нозологической единицы и ее клинико-морфологической формы дан окончательный диагноз.

3. Обязательному морфологическому исследованию подлежат все органы и ткани, удаленные во время хирургических операций, а также с целью уточнения характера и тяжести поражения и динамики болезни.

4. Ответственность за доставку материала в патологоанатомическое отделение несет врач, назначивший данное исследование.

10. У мужчины 42 лет, страдающего шизофренией, появились диспепсические симптомы и желтуха. При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение печени без очаговых изменений. При лапароскопии установлено, что фиброзная капсула увеличенной печени тонкая и гладкая, напряжена, ткань органа желтовато-коричневая с зеленоватым крапом. В направлении на гистологическое исследование в разделе «клинические данные» отражены лишь вышеперечисленные сведения.

Клинический диагноз. Лекарственное поражение печени (реакция на лечение аминазином)?

Ответ патологоанатома: при гистологическом исследовании биоптата в гепатоцитах преимущественно центров долек обнаружены крупные и мелкие оптически пустые вакуоли. Желчные капилляры местами расширены, переполнены желчью, в цитоплазме гепатоцитов видны скопления темно-зеленого и коричневатого пигмента. В этих зонах - гиперплазия звездчатых ретикулоэндотелиоцитов (купферовских клеток).

Заключение. При наличии соответствующих клинических данных можно предполагать лекарственную природу поражения печени.

Задания:

1. Уточнить природу включений в гепатоцитах поможет окраска.
2. Характер ответа патологоанатома.

3. В направлении на гистологическое исследование необходимо указывать...
4. Обязательное исследование при появлении диспепсических симптомов и желтухи.

Эталон ответа

1. Для уточнения характера включений в гепатоцитах замороженные срезы окрашивают Суданом III. В случае жировой дистрофии липиды окрашиваются в оранжевый цвет.
2. Ответ патологоанатома по результатам гистологического исследования биоптата печени носит характер ориентировочного диагноза.
3. В «Направлении на гистологическое исследование» не отражены в необходимом объеме сведения о результатах клинического и лабораторного обследования пациента. Всегда следует указывать длительность заболевания, данные о биохимических показателях функций печени, результаты серологических реакций по верификации вирусных гепатитов, а также названия, длительность применения и дозы лекарственных препаратов.
4. При появлении у больного диспепсических симптомов и желтухи в первую очередь определяют серологические маркеры гепатитов в связи с широкой распространенностью и контагиозностью этой патологии.

3.2 Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1 Тестовые задания для зачета

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п		Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа														
1.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие между методом вскрытия и характеристикой.					<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr></table>			1	2	3	В	Г	Д						
	1	2	3																	
	В	Г	Д																	
	Метод вскрытия		Характеристика																	
	1	Вирхова	А	Осмотр и исследование органов без извлечения их из туловища																
	2	Абрикосова	Б	Извлечение органов той системы, где локализуются наиболее выраженные поражения																
	3	Шора	В	Извлечение органов поодиночке после их осмотра																
		Г	Извлечение органов тремя комплексами																	
		Д	Извлечение органов шеи, грудной и брюшной полостей единым комплексом																	
2.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие между видом вскрытия и ситуацией.					<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td><td>Е</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>			А	Б	В	Г	Д	Е	1	2	2	2	1	1
	А	Б	В	Г	Д				Е											
	1	2	2	2	1				1											
	Вид вскрытия		Ситуация																	
	1	Патологоанатомическое	А	Смерть беременных, рожениц, родильниц, включая последний день послеродового периода																
2	Судебно-медицинское	Б	Смерть от насильственных причин или подозрение на нее																	
		В	Не установлена личность умершего																	

			Г	Смерть от искусственного аборта, проведенного вне лечебного заведения													
			Д	Смерть во время или после хирургической операции													
			Е	Смерть от онкологических заболеваний при отсутствии гистологической верификации опухоли													
	Прочитайте текст и установите правильное соответствие																
3.	Правила врачебного мышления		Законы логики		<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	Г	3	1	1	2				
	А	Б	В	Г													
	3	1	1	2													
	1	Последовательность	А	Тождества													
	2	Доказательность	Б	Противоречия													
3	Определенность	В	Исключенного третьего														
		Г	Достаточного основания														
4.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td><td>Е</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	А	Б	В	Г	Д	Е	1	2	1	2	1	1
	А	Б	В	Г		Д	Е										
	1	2	1	2		1	1										
	Документ		Сведения														
	1	Протокол-карта	А	Патологоанатомический и заключительный клинический диагнозы													
	2	Протокол	Б	Результаты наружного осмотра и макроскопического исследования органов и систем трупа													
			В	Клинико-патологоанатомический эпикриз													
		Г	Результаты гистологического, бактериологического, биохимического и других исследований аутопсийного материала														
		Д	Выписка из истории болезни и других медицинских документов														
		Е	Результаты сличения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов														

Тестовые задания с выбором одного правильного ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
5.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Характеристика понятия «конкурирующее заболевание»: - А Вариант полипатии - Б Каждое из этих заболеваний могло привести к смерти - В Одновременно развившиеся у пациента 3 тяжелые болезни - Г Мультикаузальный генез	Б
6.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	А

	Отмена патологоанатомического вскрытия трупов взрослых, умерших в стационаре, в машине скорой помощи, вне стационара (дома) не допускается: А В случаях смерти беременных, рожениц, родильниц, включая последний день послеродового периода Б При наступлении смерти от насильственных причин или подозрении на них В При неустановленности личности умершего Г В случаях смерти от искусственного аборта, проведенного вне лечебного учреждения	
7.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: III категория расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию означает следующее: А Заболевание не распознано на предыдущем этапе оказания медицинской помощи, а в этом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей (смерть в приемном покое и т.д.) Б Нераспознавание заболевания привело к ошибочной лечебной тактике, что сыграло решающую роль в неблагоприятном исходе В Заболевание не распознано в данном лечебном учреждении по субъективным причинам, однако диагностическая ошибка не оказала решающего влияния на исход болезни Г Заболевание не распознано в данном учреждении по объективным причинам, однако правильная диагностика не оказала бы решающего влияния на исход болезни	Б
8.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Причиной смерти 35-летнего наркомана, страдавшего ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа, явился милиарный туберкулез с развитием лептоменингита. В заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах туберкулез расценивается как: А Основное заболевание Б Сопутствующее заболевание В Конкурирующее заболевание Г Проявление ВИЧ-инфекции	Г
9.	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Универсальная широко применяемая фиксирующая жидкость А Дистиллированная вода Б 10 % раствор нейтрального формалина В 96—100 % этиловый спирт Г Жидкость Карнуа	Б
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Оптимальный для предотвращения аутолиза в объектах исследования (биоптаты, кусочки ткани) объем фиксирующей жидкости: А В 10-50 раз превышает объем объекта	А

	Б В 2 раза превышает объем объекта В Равен объему объекта Г Жидкость покрывает поверхность объекта	
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Без согласия пациента или его законного представителя сведения, составляющие врачебную тайну, передаются должностным лицам в следующих ситуациях, кроме: А В целях обследования и лечения недееспособного гражданина Б При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых поражений и отравлений В В случаях оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет Г Для публикации в научной литературе, использования в учебном процессе	Г
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Нормативный срок регистрации «Медицинского свидетельства о смерти» в загсе (с момента обнаружения трупа или наступления смерти) — не позднее А 1 сут. Б 3 сут. В 10 сут. Г 1 мес.	Б
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Понятие «врачебная ошибка» включает все перечисленные ниже положения, за исключением: А Некачественное оказание медицинской помощи (дефекты диагностики, лечения и т.д.), приведшее к ухудшению состояния здоровья пациента, вне зависимости от причин дефектов профессиональной деятельности Б Некачественное оказание медицинской помощи, которое могло привести к ухудшению состояния здоровья больного, вне зависимости от причин дефектов профессиональной деятельности В Дефекты оказания медицинской помощи вне зависимости от их причины, которые могли повлиять на наступление смертельного исхода Г Некачественное оказание медицинской помощи, приведшее к ухудшению состояния здоровья пациента, при исключении в действиях медицинских работников элементов противоправности и виновности	Г
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: III категория расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию означает следующее:	Б

	А Заболевание не распознано на предыдущем этапе оказания медицинской помощи, а в этом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей (смерть в приемном покое и т.д.). Б Нераспознавание заболевания привело к ошибочной лечебной тактике, что сыграло решающую роль в неблагоприятном исходе. В Заболевание не распознано в данном лечебном учреждении по субъективным причинам, однако диагностическая ошибка не оказала решающего влияния на исход болезни. Г Заболевание не распознано в данном учреждении по объективным причинам, однако правильная диагностика не оказала бы решающего влияния на исход болезни	
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больной 65 лет умер от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, в течение 10 лет страдал инсулиннезависимым сахарным диабетом с проявлениями субкомпенсированной диабетической невропатии и ретинопатией. Определить основное заболевание в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах: А Монокаузальное Б Бикаузальное В Мультикаузальное	Б
16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Причиной смерти 35-летнего наркомана, страдавшего ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа, явился милиарный туберкулез с развитием лептоменингита. В заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах туберкулез расценивается как: А Конкурирующее заболевание Б Сочетанное заболевание В Осложнение ВИЧ-инфекции Г Проявление ВИЧ-инфекции	Г
17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Универсальная широко применяемая фиксирующая жидкость А Дистиллированная вода Б 10 % раствор нейтрального формалина В 96—100 % этиловый спирт Г Жидкость Карнуа	Б
18	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Оптимальный для предотвращения аутолиза в объектах исследования (биоптаты, кусочки ткани) объем фиксирующей жидкости: А В 10—50 раз превышает объем объекта Б В 2 раза превышает объем объекта В Равен объему объекта Г Жидкость покрывает поверхность объекта	А

19	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Без согласия пациента или его законного представителя сведения, составляющие врачебную тайну, передаются должностным лицам в следующих ситуациях, кроме: А В целях обследования и лечения недееспособного гражданина Б При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых поражений и отравлений В В случаях оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет Г Для публикации в научной литературе, использования в учебном процессе	Г
20	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Нормативный срок регистрации «Медицинского свидетельства о смерти» в загсе (с момента обнаружения трупа или наступления смерти) — не позднее А суток Б 3 суток В 10 суток Г месяца	Б

3.2.2. Практические навыки для зачёта

ПК-5

Работа с макропрепаратом:

Обучающийся должен определить вид ткани, орган, характер патологических изменений в тканях, определить заболевание, вызвавшие наблюдаемые изменения.

Список макропрепаратов:

1. Спленомегалия при лимфолейкозе
2. Аденомы толстой кишки /катарально-геморрагический колит/
3. Острая /желтая/ токсическая дистрофия печени
4. Туберкулезные язвы кишки
5. Гипертрофический гастрит
6. Кровоизлияния в слизистую оболочку желудка при остром миелолейкозе
7. Мозговидное набухание групповых и солитарных фолликулов при брюшном тифе
8. Мелкоузловой (портальный) цирроз печени
9. «Мускатная печень»
10. Селезенка при лимфоме Ходжкина – «порфирированная» селезенка
11. Рак желчного пузыря
12. Смешанноузловой цирроз печени с некрозом узлов -регенераторов
13. Ишемический инфаркт селезенки
14. Жировая дистрофия печени
15. Тромбоз воротной вены печени
16. Гемосидероз печени и инфаркт селезенки
17. Ожирение печени
18. Нормальный аппендикс и флегмонозный аппендицит
19. Туберкулез печени с ограниченным поддиафрагмальным перитонитом и забрюшинным абсцессом

20. Серозный энтерит при холере
21. Гиалиноз капсулы селезенки
22. Амилоидоз селезенки / «сальная селезенка»/
23. Кавернозная гемангиома печени
24. Гангрена нижней доли легкого
25. Метастазы саркомы бедра в легком
26. Туберкулез гортани
27. Геморрагический инфаркт легкого
28. Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легкого
29. Бронхоэктатическая болезнь
30. Тромбоэмболия легочной артерии
31. Пневмония при гриппе
32. Крупозная пневмония/серое опеченение
33. Абсцесс легкого
34. Гипертрофия сердца при гипертонической болезни
35. Атеросклероз аорты с пристеночными тромбами
36. Инфаркт миокарда
37. Фибринозный перикардит
38. Сердце при истощении (бурая атрофия)
39. Стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия /шаровидный тромб в полости правого предсердия/
40. Бородавчатый эндокардит двухстворчатого клапана
41. Постинфарктный кардиосклероз
42. Возвратный бородавчатый эндокардит
43. Аденома гипофиза
44. Абсцесс головного мозга, менингоэнцефалит
45. Цистецеркоз головного мозга
46. Кровоизлияние в мягкие мозговые оболочки мозжечка при остром миелолейкозе
47. Гнойный лептоменингит
48. Менингиома, прорастающая в кость
49. Хронический абсцесс головного мозга
50. Лес лобной кости
51. Гиперплазия костного мозга грудины и тел позвонков при остром миелолейкозе
52. Туберкулезный спондилит
53. Туберкулезный спондилит с костной каверной
54. Эрозии в желудке
55. Кровоизлияние в мозг
56. Кровоизлияние в боковые желудочки мозга
57. Рак гортаноглотки
58. Бурая атрофия миокарда

Работа с микропрепаратом:

Необходимо назвать пораженный орган, вид патологии, какие микроскопические изменения соответствуют характеру микропрепарата

Список микропрепаратов:

1. Микрофолликулярный зоб
2. Хроническая язва двенадцатиперстной кишки
3. Аденокарцинома кишки
4. Печень при хроническом миелоидном лейкозе
5. Лимфома Ходжкина (нодулярный склероз)

6. Эссенциальный тромбоцитоз
7. Флегмонозный аппендицит
8. Острая язва желудка
9. Острый гнойный пиелонефрит
10. Рак легкого
11. Кортикальная аденома надпочечника
12. Остеомиелит
13. Лейомиосаркома
14. Железистый полип эндометрия
15. Кардиосклероз, атеросклероз коронарной артерии
16. Красный тромб
17. Геморрагический инфаркт легкого
18. Остеогенная саркома
19. Менингиома
20. Хронический сиалоаденит
21. Инфаркт мозжечка
22. Тиреоидит Хашимото
23. Амилоидоз почки
24. Крупозная пневмония
25. Жировой гепатоз
26. Цирроз печени
27. Межуточный миокардит
28. Бурая индурация легких (олкраска по Перлсу)
29. Трубная беременность
30. Кровоизлияние в головной мозг
31. Инфаркт миокарда
32. Гнойный менингит
33. Меланома
34. Метастаз рака в лимфоузел
35. Плоскоклеточный ороговевающий рак
36. Цистицерк мозга
37. Очаг Гона
38. Милиарный туберкулез легких
39. Нисходящий круп при дифтерии
40. Эмфизема легкого
41. Гиалиноз сосудов селезенки
42. Атеросклероз аорты
43. Мускатная печень

3.2.3 Вопросы для зачета

ПК 5

1. Развитие патологоанатомической службы в России.
2. Задачи патологоанатомической службы в системе здравоохранения.
3. Методы работы патологоанатомической службы.
4. Порядок вскрытия трупов умерших в стационарных лечебных учреждениях и на дому. Особенности вскрытия плодов, мертворожденных, новорожденных.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения и патологоанатомического бюро.
6. Диагноз, структура и логика клинического и патологоанатомического диагноза.

7. Понятие об основном заболевании, осложнении, сопутствующем заболевании. Комбинированное основное заболевание; конкурирующее, сочетанное, фоновое. Международная классификация и номенклатура болезней.

8. Особенности формулировки диагноза при операционном вмешательстве, в случаях ятрогении.

9. Диагноз, структура и логика клинического и патологоанатомического диагноза.

10. Понятие об основном заболевании, осложнении, сопутствующем заболевании.

11. Комбинированное основное заболевание; конкурирующее, сочетанное, фоновое. Международная классификация и номенклатура болезней.

12. Особенности формулировки диагноза при операционном вмешательстве, в случаях ятрогении.

13. Особенности диагноза в перинатологии.

14. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов, выявление диагностических ошибок и их анализ.

15. Причины (объективные и необъективные) диагностических ошибок.

16. Роль комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольной комиссии и клинко-анатомической конференции в клинко-анатомическом анализе.

17. Значение метода прижизненного гистологического и цитологического исследования.

18. Понятие о биопсийном и операционном материале.

19. Знакомство с методикой взятия материала в биопсийном и эндоскопическом кабинетах.

20. Порядок направления материала в биопсийную лабораторию.

21. Виды биопсий (инцизионные, пункционные, плановые, срочные).

22. Виды ответов при исследовании биопсии (окончательный диагноз, ориентировочный диагноз, описательный ответ, "ложноотрицательные" и "ложноположительные" ответы).

23. Методы изучения биоптата.

24. Значение современных морфологических методов (гистохимия, иммуногистохимия, электронная микроскопия) в прижизненной диагностике болезней.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);

2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соотвeтствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);

3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- *ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания)* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут.

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не мешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),
- соблюдать все требования к безопасности;
- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).