

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Зудин Александр Борисович  
Должность: Директор  
Дата подписания: 13.02.2024 16:19:42  
Уникальный программный ключ:  
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 4  
к основной профессиональной образовательной программе  
высшего образования по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь  
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре  
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья  
имени Н.А. Семашко»

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

дисциплины

### **Патология**

Направление подготовки:

**31.08.48 «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Форма обучения:** очная

**Зачетных единиц:** 3

**Всего часов:** 108

Лекции (Л)	6
Семинары (С)	30
Практические занятия (ПЗ)	36
Самостоятельная работа (СР)	36

## **Оглавление**

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ.....	3
2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В ОПОП.....	3
3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ .....	3
4. ОБЪЁМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ.....	4
5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ .....	4
6. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИН (РАЗДЕЛОВ) .....	4
7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	6
8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ: .....	6
9. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ .....	7
10. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ .....	12

## Пояснительная записка

### 1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

**Цель дисциплины:** сформировать систему знаний об основах патологической морфологии, структурно-функциональной организации патологических процессов в органах и системах человека; о методах исследования и выявления этих процессов, факторах, влияющих на них, об условиях возникновения таких нарушений.

#### **Задачи:**

**Изучить** функциональную морфологию органов и систем, структуру и функции отдельных патологических образований; механизмы развития патологических процессов; методы исследования и выявления этих процессов; ознакомиться с применением фундаментальных знаний по патологической анатомии, патофизиологии.

### 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В ОПОП

Дисциплина «Патология» относится к базовой части основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь» подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре. В период обучения в ординатуре практически важные специфические аспекты дисциплины базовой части программы могут преподаваться полностью или частично на специализированных кафедрах.

### 3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

На основании изучения фундаментальных дисциплин ординатор, обучающийся по специальности 31.08.48 «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ», должен:

#### **Раздел 1 «Клиническая патологическая физиология»**

##### **-знать**

- Физиологию и патофизиологию важнейших функциональных систем организма.

##### **-уметь**

-Определять патофизиологическую стадию течения заболевания как основу для проведения диагностических и лечебных мероприятий.

##### **-владеть**

- Интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования в зависимости от патофизиологической стадии течения терапевтических заболеваний, оценивать эффективность проводимой терапии.

#### **Раздел 2 «Клиническая патологическая анатомия»**

##### **-знать**

- Механизмы развития патоморфологических (макро- и микро) изменений в органах и системах при терапевтических заболеваниях;

-Роль патологоанатомических методов диагностики в работе врача-терапевта

##### **-уметь**

- Определять показания к проведению патоморфологических методов диагностики терапевтических заболеваний.

##### **-владеть**

- Проводить лечение терапевтических заболеваний с учетом результатов патоморфологических методов диагностики.

### ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, ВИДЫ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Выпускник, освоивший программу дисциплины “

«Патология» в составе основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.48 «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- Выпускник, освоивший программу дисциплины “Патология” в составе основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.48 «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре, должен приобрести навыки **диагностической деятельности**:

– готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5)

#### 4. ОБЪЁМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Виды учебной работы	Всего часов
Аудиторные занятия всего	72
В том числе:	
Лекции	6
Семинары	30
Практические занятия	36
Самостоятельная работа	36
<b>Общая трудоёмкость: 3 з.е.</b>	<b>108</b>

#### 5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Разделы дисциплины	Зачетные ед.	Всего часов	Виды учебной работы и трудоемкость (в часах)				Формы контроля
				Лекции	Практика	Семинар	Самостоятельная работа	
1	Клиническая патологическая физиология	1,5	54	3	18	15	18	Тестирование, опрос, реферат, решение тестовых задач
2	Клиническая патологическая анатомия	1,5	54	3	18	15	18	Тестирование, опрос, реферат, решение тестовых задач
<b>Итого 108 ч.</b>		<b>3</b>	<b>108</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	Зачёт в конце 1-го года обучения

#### 6. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИН (РАЗДЕЛОВ)

№ п/п	Трудоёмкость	Содержание разделов дисциплины	Виды профессиональной деятельности, формируемые компетенции
1	Клиническая патофизиология 54 часа	1. Патологическая физиология как наука, задачи исследования. 2. Общая патологическая физиология 3. Патофизиология опухолей	<b>Диагностическая деятельность</b> <b>УК-1; ПК-5;</b>
2	Клиническая патанатомия 54 часа	1. Понятие о патологической анатомии, объекты исследования 2. Патология повреждений. Дистрофии. Воспалительные процессы 3. Патологическая анатомия предопухолевых состояний 4. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевой атипизм. Морфология опухолей.	<b>Диагностическая деятельность</b> <b>УК-1; ПК-5;</b>

### Тематический план лекционного курса

№	Наименование тем лекций	Часы
1.	<b>Патологическая физиология как наука, задачи исследования.</b> Понятие о нозологии. Современные классификации болезней. Определение болезни и преморбидных состояний Патогенез и саногенез. Компенсаторные процессы	3
2.	<b>Понятие о патологической анатомии, объекты исследования</b> Задачи патологической анатомии. Понятие об этиологии и патогенезе болезней. Методы исследования (макроскопическое, микроскопическое исследование) Ультраструктурная патология клетки. Цитоплазматическая мембрана. Нарушения структуры и мембраны клетки. Понятие о свободных радикалах. Митохондрии и их повреждение. Эндоплазматический ретикулум, аппарат Гольджи, лизосомы и их патология. Патология немембранных органелл	3
<b>Итого:</b>		<b>6</b>

### Тематический план семинаров

№	Тема и ее краткое содержание	Часы
1.	<b>Общая патологическая физиология</b> Понятие о типовых патологических процессах. Физиология боли, стресса, шока Физиология воспаления, лихорадки и гипоксии	15
2.	<b>Патология повреждений. Дистрофии. Воспалительные процессы.</b> Апоптоз, некроз, атрофия. Виды дистрофии. Компенсаторно-приспособительные процессы Понятие о гипертрофии. Понятие о гиперплазии Регенерация ткани. Организация тканей Патология воспаления.	15
<b>Итого:</b>		<b>30</b>

### Тематический план практических занятий.

№	Тема и ее краткое содержание	Часы
1.	<b>Патофизиология опухолей</b> Специфические особенности опухолевых клеток и тканей Морфологический атипизм. Метаболический атипизм Иммунологический атипизм. Этиология опухолей Химический канцерогенез. Физический (радиационный) канцерогенез Вирусный канцерогенез.	18
2.	<b>Патологическая анатомия предопухолевых состояний</b> Гиперплазия. Дисплазия. Метаплазия.	18
<b>Итого</b>		<b>36</b>

### Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	Название темы, раздела учебной дисциплины (модуля)	Часы	Виды СР
1	<b>Патофизиология опухолей</b> «Тканевая» теория канцерогенеза. Предраковые состояния Роль наследственных факторов в возникновении злокачественных опухолей. Патогенез злокачественных опухолей. Клеточные и молекулярные механизмы канцерогенеза. Регуляторы митотического цикла клетки	18	Подготовка к занятиям. Подготовка к тестированию

	«Сигнальные» пути. Апоптоз как защитная реакция на возможное злокачественное перерождение клетки Генетические предпосылки канцерогенеза		
<b>2</b>	<b>Понятие об атипизме. Клеточный и тканевой атипизм. Морфология опухолей.</b> Общие вопросы морфологии опухолей Онкофетальные антигены. Патогенез и клиническое значение. Антигенный атипизм опухоли. Опухолевые антигены и их клиническое значение. Патология прогрессии опухоли и метастазирования. Виды метастазирования (гематогенное, лимфогенное, обсеменение)	18	Подготовка к занятиям. Подготовка к тестированию
<b>Итого</b>		<b>36</b>	

## 7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

### Основная литература:

1. Патологическая физиология: пособие для вузов / А. Д. Адо [и др.]. – М.: Дрофа, 2012. – 716 с.: ил.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология. Учебник для вузов в 3-х томах. 2011 г.
3. Филосовские проблемы теории нормы в биологии и медицине, А.А. Корольков, В.П. Петленко. М., «Медицина, 2011, 391 с.
4. Общая патология человека И.В. Давыдовский. М.,»Медицина», 2012, 610 с.  
Htt://patho-not.narot.ru/page6\_3html, 18.10.2007
5. Струков, А. И. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов. – 5-е изд., стереотип. – М.: Литтерра, 2011. – 848 с.: ил.
6. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия в 2-ух томах, 2011 г.
7. Актуальные вопросы морфологии, Сб. н. трудов, Красноярск, 2012, 215 с.

### Дополнительная литература:

1. Национальное руководство. Аллергология и иммунология. /Под ред. Р.М. Хаитова- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 636 с.
2. Зайко И.Н., Быць Ю.В., Атамн А.В. и др. Патологическая физиология- «Логос», 2011- 651 с.
3. Фролов В.А., Дроздова Г.А., Казинская Г.А., Билибин Д.П. Патологическая физиология- 2011. - 616 с.

### Информационно-справочные и поисковые системы:

<http://diss.rsl.ru>  
<http://search.ebscohost.com>  
<http://www.cir.jsp>

## 8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Перечень материально-технического обеспечения, необходимого для реализации программы ординатуры, включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:
  - аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
  - помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Института.

Наименование оборудования		Назначение
Персональный компьютер	2 шт.	ПР, СР
Комплект мультимедийной аппаратуры (персональный компьютер, проектор или телевизор)	1 комплект	Л, ПР
Офисная мебель: столы, стулья, шкафы		Л, С, ПЗ, ПР

## 9. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

### Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5

#### Рефераты

1. Патология клетки
2. Роль наследственности, конституции и возраста в патологии.
3. Роль иммунной системы в патологии.
4. Патология периферического кровообращения и микроциркуляции.
5. Патология водно-электролитного обмена.
6. Патология системы гемостаза
7. Патология сердечной деятельности.
8. Патология сосудистого тонуса
9. Нарушение внутреннего дыхания.
10. Патология печени. Желтухи
11. Паранеопластический синдром: основные проявления и их патогенез.

#### Контрольные вопросы к собеседованию.

#### Примерная тематика контрольных вопросов:

1. Задачи патологической анатомии.
2. Понятие об этиологии и патогенезе болезней
3. Виды дистрофии
4. Понятие об апоптозе
5. Роль наследственных факторов в возникновении злокачественных опухолей
6. Физиология воспаления
7. Химический канцерогенез
8. Генетические предпосылки канцерогенеза
9. Дисплазия.
10. Компенсаторно-приспособительные процессы

#### Критерии оценки собеседования

- оценка «отлично» ставится ординатору, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, исчерпывающее, последовательно, грамотно логически его излагает, свободно справляется с заданиями, правильно обосновывает принятые решения, умеет самостоятельно излагать и обобщать материал, не допуская ошибок
- оценки «хорошо» заслуживает ординатор, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении задания;
- оценки «удовлетворительно» заслуживает ординатор, который освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, не достаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении задания

- оценка «неудовлетворительно» выставляется ординатору, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий

### **Примеры ситуационных задач**

#### **Задача 1.**

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M1. Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение.

Какие генетические особенности предрасполагают к развитию рака молочной железы? Какие методы могут использоваться для ранней диагностики данного заболевания?

#### **Задача 2.**

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

#### **Задача 3.**

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого.

Предположительный диагноз, дифдиагноз? Методы дообследования?

#### **Задача 4.**

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастриальной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту, съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Какое значение имеет анацидный гастрит в развитии данной патологии?

#### **Задача 5.**

Больной С. 57 лет. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастриальной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастриальной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется



объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Вид патологического процесса? Объясните его этиологию, составьте схему патогенеза. Предложите дополнительные методы исследования для подтверждения вашего заключения, укажите предполагаемые результаты, объясните механизмы их возникновения. Назовите обоснованные принципы терапии.

#### **Задача 6.**

В городскую больницу поступила пациентка Н, 75 лет с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повышение температуры тела к вечеру до 37,5. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые иктеричны, гепатомегалия (+2 см), асцит. Из анамнеза: считает себя больной около 1 года, когда впервые появились боли в правом подреберье. Много лет наблюдалась у гинеколога по поводу поликистозно измененных яичников, однако последние 10 лет гинеколога не посещала. Из сопутствующих заболеваний: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии ремиссии, ИБС, гипертоническая болезнь 2 стадии.

Дифференциальная диагностика?

#### **Задача 7.**

К терапевту в городскую поликлинику обратился пациент Т., 25 лет, с жалобами на повышение Т тела до 37,5 к вечеру, слабость, потливость в течении месяца. В общем анализе крови: эритроциты  $4,83 \cdot 10^{12}/л$ ; гемоглобин 100 г/л; лейкоциты  $8,5 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ 16 мм/ч. В общем анализе мочи: цвет соломенно-желтый; уд. вес 1020; белок - нет. В биохимическом анализе крови: глюкоза вен. 4 ммоль/л; АЛТ 27,9 Ед/л; общий билирубин 12 мкмоль/л; креатинин 63 мкмоль/л; общий белок 90.5 г/л. Терапевтом поставлен диагноз ОРВИ и назначено симптоматическое лечение. Однако в течение следующей недели симптоматика нарастала: появилась выраженная слабость, боли в костях, олигурия, пациент резко похудел.

#### **Задача № 8**

Пациенту К. 50 лет после выведения его из тяжелого состояния, вызванного внезапно начавшимся дома обильным кровотечением из поражённого опухолью желудка, была проведена гастрэктомия (удаление желудка) под наркозом с использованием ИВЛ. В ходе проведения противошоковой терапии и операции больному вводили различные плазмозаменители (в пределах 1,0 л) и перелили 2,5 л эритроцитарной массы и плазмы. На 3-и сутки после операции, несмотря на восстановление до нормы концентрации Hb в крови, у пациента состояние продолжало оставаться тяжёлым: слабость, головная боль, головокружение, кожа рук и ног холодная, гипотензия (70/30 мм рт.ст.), тяжёлыерасстройства внешнего дыхания, почечная недостаточность и желтуха (желтушность кожи и склер). Пациент был переведён на ИВЛ.

Вид патологического процесса? Объясните его этиологию, составьте схему патогенеза. Предложите дополнительные методы исследования для подтверждения вашего заключения, укажите предполагаемые результаты, объясните механизмы их возникновения. Назовите обоснованные принципы терапии.

#### **Задача 9.**

Мужчина, 24 года, обратился к врачу по поводу длительного кашля (в течение нескольких месяцев), слабости, снижения работоспособности, умеренной потери в весе. На обзорной рентгенограмме выявлен участок распада в верхней доле левого легкого, установлен диагноз «туберкулез». Лечение в стационаре продолжалось в течение 8 месяцев, с положительным эффектом.

Объясните механизм развития иммунного ответа при инфицировании микобактериями. Какие механизмы позволяют микобактериям «ускользнуть» от иммунного надзора? Какие дефекты иммунной системы способствуют развитию туберкулеза? Назовите принципы терапии туберкулеза исходя из особенностей его этиологии и патогенеза.

#### **Задача 10.**

Женщина, 26 лет, жалобы на припухлость и болезненность в области локтевых и голеностопных суставов в течение 4-х недель, пятнисто-папулезная сыпь на руках и лице,

часто беспокоят болезненные язвы в полости рта. Температура тела 37,2°C. ОАК: тромбоцитопения, лимфопения. ОАМ – без патологии. СРБ – в норме. Обнаружены антинуклеарные антитела, антитела к двуспиральной ДНК. Уровень С3 и С4 компонентов системы комплемента снижен. Уровень Ig G 22,0 г/л (норма 7,2-19,0), IgA и Ig M в норме.

Вид патологического процесса? Объясните его этиологию, составьте схему патогенеза. Предложите дополнительные методы исследования для подтверждения вашего заключения, укажите предполагаемые результаты, объясните механизмы их возникновения. Назовите обоснованные принципы терапии.

### **Критерии оценки ситуационной (экзаменационной) задачи**

- оценка **«отлично»** ставится клиническому ординатору, если он полностью отвечает на все поставленные вопросы при этом демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения конкретной ситуации, владеет медицинской терминологией, демонстрирует умение оценивать и интерпретировать результаты осмотра и обследования больного, формулировать клинический диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10, использовать современные протоколы и стандарты лечения, дать рекомендацию по дальнейшему лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению;

- оценки **«хорошо»** ставится клиническому ординатору, если он отвечает на все поставленные вопросы, допуская несущественные ошибки, демонстрирует знание программного материала, необходимого для решения конкретной ситуации, владеет медицинской терминологией, демонстрирует умение оценивать и интерпретировать результаты обследования, правильно формулирует клинический диагноз, но не в соответствии с классификацией МКБ-10, при назначении лечения использует современные протоколы и стандарты лечения, но не учитывает конкретные особенности больного. Рекомендацию по дальнейшему лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению не в полном объеме;

- оценки **«удовлетворительно»** ставится клиническому ординатору, если он поставил диагноз, но не в соответствии с классификацией, отвечает не на все поставленные вопросы, демонстрирует знание основных понятий, медицинских терминов, оценивает результаты обследования с ошибками, при назначении терапии не использует современные протоколы, стандарты лечения;

- оценка **«неудовлетворительно»** ставится клиническому ординатору, если не установил и не обосновал клинический диагноз, допускает при ответе на вопросы существенные, множественные ошибки, плохо владеет программным материалом, медицинской терминологией, не знает современные протоколы, стандарты лечения.

### **Примеры тестовых заданий**

1. Наиболее современный диагностический метод установления гистогенеза опухоли:

- А) гистохимический
- Б) иммуноморфологический
- В) гистологический
- Г) метод магнитного резонанса
- Д) цитологический

2. Рост опухоли по отношению к просвету полых органов бывает:

- А) инвазивным
- Б) уницентрическим
- В) экзофитным
- Г) экспансивным
- Д) злокачественным

3. При мультицентрическом росте опухоль растет:

- А) одним узлом
- Б) в виде нескольких узлов

- В) прорастая в стенку органа
- Г) разрушая окружающие ткани
- Д) формируя капсулу
- Е) путем слияния нескольких узлов

4. Выберите наиболее полную характеристику рака:

- А) любая опухоль из эпителия
- Б) злокачественная опухоль любого гистогенеза
- В) доброкачественная эпителиальная опухоль
- Г) злокачественная опухоль из эпителия
- Д) аденокарцинома

5. Морфологический критерий, позволяющий диагностировать аденокарциному среди прочих раков:

- А) обилие митозов
- Б) высокая степень клеточной атипии
- В) формирование железистых структур
- Г) пролиферация атипичного переходного эпителия
- Д) ороговение

6. Злокачественные мезенхимальные опухоли называются

- 1) карциномы
- 2) тератобластомы
- 3) саркомы
- 4) гиберномы
- 5) верно все перечисленное

7. К вариантам строения гемангиом относится все, кроме

- 6) губчатая
- 7) капиллярная
- 8) кавернозная
- 9) смешанная

8. Чаще всего лейомиомы встречаются в

- 1) матке
- 2) стенке кишечника
- 3) в подкожно-жировой клетчатке
- 4) в скелетных мышцах
- 5) в миокарде

9. Эхондрома локализуется в

- 1) периферических отделах костей
- 2) центральных отделах костей
- 3) наружной части костей
- 4) плоских костях

10. Гистологическими вариантами строения невусов могут быть:

- 1) Внутриэпителиальный
- 2) Смешанный
- 3) Внутридермальный
- 4) Все перечисленные
- 5) Только А и В

11. Глиобластома может иметь происхождение:

- 1) Астроцитарное
- 2) Олигодендроглиальное
- 3) Хориоидальное
- 4) Апендимальное
- 5) Верно А и Б

12. Медуллобластома встречается преимущественно:

- 1) В детском возрасте
- 2) В среднем возрасте
- 3) В пожилом возрасте
- 4) В старческом возрасте
- 5) Возраст не имеет значения

13. Для неврилеммомы характерна:

- 1) Связь со шванновской оболочкой нерва
- 2) Наличие телец Верокаи
- 3) Наличие образований типа пластических и осезательных телец
- 4) Верно А и Б
- 5) Верно А и В

14. Острые лейкозы формируются из:

- А) зрелых клеток;
- Б) бластных клеток;
- В) недифференцированных клеток;
- Г) верно А;
- Д) верно Б, В.

15. Лейкозы – это:

- А) пролиферация клеток костного мозга;
- Б) инфильтрация внутренних органов лейкоцитами;
- В) первичные опухолевые поражения костного мозга;
- Г) метастатическое поражение костного мозга.

16. Болезнь Ходжкина чаще начинается в:

- А) паховых лимфоузлах;
- Б) подчелюстных лимфоузлах;
- В) шейных лимфоузлах;
- Г) лимфоузлах бифуркации трахеи;
- Д) подмышечных лимфоузлах.

17. Цервикальная эктопия - по-другому:

- А) эндоцервикоз
- Б) псевдоэрозия шейки матки
- В) метаплазия плоского эпителия шейки матки в цилиндрический эндоцервикального типа
- Г) все перечисленное
- Д) ничего из перечисленного

**Критерии оценки тестирования:**

%	Оценка
До 70	незачет
71-100	зачет

**10. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Обучение складывается из аудиторных занятий (72 часа), включающих лекционный курс (6 ч.), практические занятия (36 ч.), семинары (30 ч.), и самостоятельной работы (36 часов). Основное учебное время выделяется на практическую работу, направленную на освоение навыков диагностики, дифференциальной диагностики.

При изучении учебной дисциплины необходимо использовать накопленные знания и освоить практические умения и навыки.

Практические занятия проводятся в виде разборов результатов проведенных дополнительных методов исследования с интерпретацией результатов, использованием наглядных пособий, решения ситуационных задач, выполнения тестовых заданий.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО в учебном процессе широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий, в основном – обсуждения результатов дообследования реальных пациентов, а также дискуссии, лекции-презентации с использованием мультимедийных технологий.

Самостоятельная работа ординаторов подразумевает подготовку к занятиям, текущему и к промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Патология», выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам института. По каждому разделу учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для ординаторов и методические указания для преподавателей.

Во время изучения учебной дисциплины ординаторы самостоятельно проводят функциональные исследования тематических пациентов, оформляют заключения по результатам дообследования и представляют их на клинический разбор.

Написание реферата, способствует формированию практических навыков (умений).

Работа ординатора в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение ординаторов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию моделей поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний ординаторов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач.

Вопросы по учебной дисциплине (модулю) включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.