

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Уровень образования:		Специалитет
Специальность		31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы		Лечебное дело
Форма обучения		Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)		6 лет
Год начала подготовки		2023 г.
В соответствии с утвержденным УП:		Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
	шифр и наименование дисциплины	Б1.О.29 Патологическая анатомия
	семестры реализации дисциплины	5, 6 семестры
	форма контроля	Зачет в 5 семестре, экзамен в 6 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.2 Использует при решении профессиональных задач различные способы оценки физиологический состояний и патологических процессов в организме человека	Знать общепатологические процессы, совокупность которых определяет клинимо-морфологические проявления болезней человека; знать их этиологию, пато- и морфогенез, исход, структурные основы выздоровления и танатогенеза; основы построения клинического и патологоанатомического диагнозов, принципы написания клинимо-анатомического эпикриза и клинимо-анатомических сопоставлений
		Уметь определять общепатологические процессы по их макро- и микроскопической картине, ставить диагноз основных заболеваний человека по макроскопическим изменениям пораженных органов, оценивать клиническое значение обнаруживаемых патологоанатомических изменений, уметь различать клинимо-морфологические проявления биологического и терапевтического патоморфоза болезней; визуально оценить и запротолировать изменения в органах и тканях трупа; определять общепатологические процессы по их макро- и микроскопической картине, ставить диагноз основных заболеваний человека по макроскопическим изменениям пораженных органов, оценивать клиническое значение обнаруживаемых патологоанатомических изменений
		Практический опыт морфологического анализа клинимо-симптоматики болезней и патологических процессов

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

5 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-5.2 Использует при решении профессиональных задач различные способы оценки физиологических состояний и патологических процессов в организме человека

Тестовые задания

правильные ответы на вопросы отмечены знаком «-»

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

К альтерации относится:

1. опухольный рост.
2. регенерация.
3. - дистрофия.
4. атрофия.
5. гипертрофия.

Разновидностью повреждения является:

1. метаплазия.
2. атрофия.
3. апоптоз.
4. - некроз.
5. склероз.

К механизмам развития дистрофий относится:

1. альтерация.
2. пролиферация.
3. агрегация.
4. аккомодация.
5. - трансформация.

Приведите классификацию дистрофий в зависимости от влияния генетических факторов:

острые и хронические.
белковые и углеводные.
общие и местные.
- приобретенные и врожденные.
компенсированные и декомпенсированные.

Приведите классификацию дистрофий по распространенности процесса:

1. - общие и местные.
2. клеточные и внеклеточные.
3. смешанные.
4. жировые.
5. белковые.

Паренхиматозные диспротеинозы классифицируют на:

1. - общие и местные.
2. экссудативные и пролиферативные.
3. углеводные и жировые.
4. минеральные.
5. острые и хронические.

К белковым паренхиматозным дистрофиям относится:

1. некроз.
2. жировая.
3. апоптоз.
4. - гиалиново-капельная.
5. метаболическая.

К паренхиматозным диспротеинозам относится:

1. - баллонная дистрофия.
2. жировая дистрофия.
3. амилоидная дистрофия.
4. гиалиноз.
5. мукоидное набухание.

Среди перечисленных дистрофий укажите только паренхиматозную белковую:

1. мукоидное набухание.
2. амилоидоз.
3. гиалиноз.
4. - лейкоплакия.
5. фибриноидное набухание.

В исходе гиалиново-капельной дистрофии в клетке может возникнуть:

1. амилоидоз.
2. - коагуляционный некроз.
3. фокальный колликовационный некроз.
4. тотальный колликовационный некроз.
5. баллонная дистрофия.

Проявлением гиалиново-капельной дистрофии почечных канальцев может быть:

1. глюкозурия.
2. - протеинурия.
3. гипергликемия.
4. гематурия.
5. гиперпротеинемия.

К проявлениям гидропической дистрофии относится:

1. лейкоплакия.
2. гиалиново-капельная дистрофия.
3. амилоидная дистрофия.
4. гиперкератоз.
5. - баллонная дистрофия.

В исходе гидропической дистрофии в клетке может возникнуть:

1. гиперкератоз.
2. ихтиоз.
3. коагуляционный некроз.
4. - колликвационный некроз.
5. лейкоплакия.

Роговая дистрофия относится к:

1. углеводной дистрофии.
2. - белковой дистрофии.
3. жировой дистрофии.
4. минеральной дистрофии.
5. разновидности рака.

Примером роговой дистрофии является:

1. базалиома.
2. гипертрихоз.
3. рак.
4. гипокератоз.
5. - лейкоплакия.

К проявлениям паренхиматозных липидозов относится:

1. саговая селезенка.
2. сальная селезенка.
3. амилоидоз печени.
4. мускатная печень.
5. - гусиная печень.

К паренхиматозным жировым дистрофиям относится:

1. ихтиоз.
2. - тигровое сердце.
3. сальная печень.
4. тучность.
5. коллоидный зоб.

Жировая дистрофия гепатоцитов бывает:

1. нитевидной.
2. мускатной.
3. - мелкокапельной и крупнокапельной
4. роговой.
5. отрубевидной и пластинчатой.

К механизмам развития жировой дистрофии печени относится:

1. эмболия.
2. - инфильтрация.

3. стагнация.
4. регенерация.
5. малигнизация.

Как называется заболевание, в основе которого лежит увеличение количества нейтрального жира в жировых депо?

1. кахексия.
2. липома.
3. болезнь Деркума.
4. липосаркома.
5. - тучность.

Характеристика ожирения сердца при тучности:

1. жировая ткань разрастается преимущественно под эндокардом.
2. - жировая ткань разрастается под эпикардом.
3. она прорастает эпикард.
4. она накапливается в цитоплазме мышечных клеток.
5. мышечные клетки подвергаются малигнизации.

К стромально-сосудистым диспротеинозам относится:

1. - амилоидоз.
2. склероз.
3. Лейкоплакия.
4. метаплазия.
5. ихтиоз.

К мезенхимальным белковым дистрофиям относится:

1. мускатная печень.
2. плазматическое пропитывание.
3. - мукоидное и фибриноидное набухание.
4. малигнизация.
5. гемосидероз.

Охарактеризуйте фибриноидное набухание:

1. является поверхностной и обратимой дезорганизацией.
2. -является глубокой и необратимой дезорганизацией.
3. характеризуется трансформацией в опухоль.
4. характеризуется резко выраженным феноменом метахромазии.
5. характеризуется резким угнетением сосудисто-тканевой проницаемости.

Назовите разновидности амилоидоза селезенки:

1. порфиновая селезенка.
2. -саговая и сальная селезенка.
3. морщинистая селезенка.
4. цианотическая индукция селезенки.
5. глазурная селезенка.

Исходом мукоидного набухания может быть:

1. переход в гиалиново-капельную дистрофию.
2. переход в жировую дистрофию.
3. переход в роговую дистрофию.
4. переход в гидropическую дистрофию.
5. -переход в фибриноидное набухание.

К стромально-сосудистым диспротеинозам относят:

1. гликогенозы.
2. -мукоидное набухание.
3. ихтиоз.
4. липидоз.
5. аскаридоз.

Местное усиленное образование протеиногенных пигментов характерно для:

1. лейкодермии.
2. пигментной ксеродермии.
3. -меланомы.
4. рака.
5. альбинизма.

Как следует из определения, конкременты это:

1. плотные образования, интимно связанные с тканями.
2. рыхлые образования, свободно лежащие в тканях.
3. -плотные образования, свободно лежащие в протоках или полостных органах.
4. наличие солей кальция в организме.
5. интерстициальный кальциноз.

Механическая желтуха характерна для:

1. острого гепатита.
2. -желчно-каменной болезни.
3. хронического гепатита.
4. рака печени.
5. гемолитической болезни.

Паренхиматозная желтуха может быть обусловлена:

1. хроническим холангитом.
2. аспирацией рвотных масс.
3. гемолизом эритроцитов.
4. -острым гепатитом.
5. опухолью общего желчного протока.

При подагре наблюдается:

1. гиперкалиемия.
2. гипергликемия.
3. гиперкальциемия.
4. глюкозурия.
5. -гиперурикемия.

Надпеченочная желтуха характеризуется:

1. недостаточным образованием билирубина.
2. нарушением экскреции билирубина.
3. гипергликемией.
4. отсутствием конъюгации билирубина.
5. -повышенным образованием билирубина.

Выделите клинко-морфологические формы некроза:

1. паранекроз.
2. -инфаркт.
3. карбункул.

4. киста.
5. фурункул.

К гангрене относится:

1. апоптоз.
2. инфаркт миокарда.
3. -пролежень кожи.
4. анасарка.
5. энцефаломалация.

Для сухой гангрены характерна:

1. -мумификация.
2. пролиферация.
3. гидратация.
4. энцефаломалация.
5. анасарка.

К микроскопическим признакам некроза относится:

1. мейоз.
2. митоз.
3. -плазмореक्सис.
4. плазмокинез.
5. амитоз.

К неблагоприятным исходам некроза относится:

1. апоптоз.
2. асептический аутолиз.
3. -гнойное расплавление.
4. демаркационное воспаление.
5. малигнизация.

Прямой некроз возникает под влиянием:

1. ангиоспазма.
2. -химических факторов.
3. тромбэмболии.
4. нарушения нервной трофики.
5. тромбоза сосудов.

Творожистый некроз при туберкулезе является:

1. аллергическим.
2. непрямым.
3. -коагуляционным.
4. колликвационным.
5. фибриноидным.

Пролежень является:

1. аллергическим некрозом.
2. -трофоневротическим некрозом.
3. разновидностью апоптоза.
4. разновидностью инфаркта.
5. разновидностью секвестра.

Компрессионное малокровие развивается при:

1. -сдавлении артерии опухолью.
2. сдавлении вены опухолью.
3. тромбозе артерии.
4. тромбозе вены.
5. удалении асцитической жидкости.

В селезенке при хроническом венозном застое развивается:

1. бурая индурация.
2. -цианотическая индурация.
3. мускатная селезенка.
4. сальная селезенка.
5. саговая селезенка.

Скопление свернувшейся крови в ткани при сохранении тканевых элементов называется:

1. гематомой.
2. -геморрагическим пропитыванием.
3. отеком.
4. петехиями.
5. экхимозами.

Для эксикоза характерен следующий признак:

1. отеки нижних конечностей.
2. анасарка.
3. -темная густая кровь.
4. внутренние органы резко увеличены.
5. асцит.

Какая гиперемия может возникнуть после оперативного удаления большой опухоли из брюшной полости?

1. коллатеральная.
2. вакатная.
3. ангионевротическая.
4. -постанемическая.
5. воспалительная.

Примерам внутреннего кровотечения является:

1. мелена.
2. -гемоторакс.
3. гематома.
4. гематурия.
5. пневмоторакс.

Кровохарканье иначе называется:

1. эпистаксис.
2. гематомезис.
3. -гемоптоз.
4. метраррагия.
5. мелена.

При хроническом венозном полнокровии в легких возникает:

1. гемомеланоз.
2. амилоидоз.

3. цианатическая индурация.
4. гемохроматоз и склероз.
5. -бурая индурация.

При бурой индурации легких обнаруживают:

1. гемомеланоз.
2. -гемосидероз.
3. желтуху.
4. амилоидоз.
5. кровоподтеки.

Примером наружного кровотечения является:

1. гемоцефалия.
2. петехии.
3. гемоперитонеум.
4. -мелена.
5. гемоторакс.

Мелкие точечные кровоизлияния в коже называются:

1. кровоподтеком.
2. лимфедемой.
3. -петехиями.
4. анасаркой.
5. гематомой.

Закрытие просвета артерии тромбом может привести к развитию:

1. атеросклероза.
2. цианотической индурации.
3. вакатной гиперемии.
4. анемии.
5. -ишемии.

В почках при хроническом венозном полнокровии развивается:

1. бурая индурация.
2. -цианотическая индурация.
3. амилоидоз.
4. мускатный цирроз.
5. бурое уплотнение.

Плоскостные кровоизлияния в коже называются:

1. петехиями.
2. экхимозами.
3. -кровоподтеками.
4. гематомой.
5. геморрагическим пропитыванием.

Накопление отежной жидкости в подкожной клетчатке называется:

1. асцит.
2. -анасарка.
3. гидроцеле.
4. гидроперикард.
5. гидроцефалия.

К благоприятным исходам тромбоза относится:

1. сепсис.
2. септический аутолиз.
3. тромбэмболия.
4. тромбобактериальная эмболия.
5. -организация.

Инфаркт по типу колликвационного некроза характерен для:

1. миокарда.
2. -головного мозга.
3. селезенки.
4. почек.
5. печени.

Среди общих факторов, приводящих к тромбообразованию, главная роль принадлежит:

1. воспалению стенки сосуда.
2. активации функции противосвертывающей системы.
3. спазмам сосудов.
4. повреждению сосудистой стенки.

5. -нарушениям взаимоотношения между свертывающей и противосвертывающей системами крови.

В каком органе следует искать первые метастазы опухоли кишечника, если она метастазирует гематогенно:

1. в легких.
2. -в печени.
3. в сердце.
4. в селезенке.
5. в почках.

Геморрагический инфаркт наиболее характерен для:

1. сердца.
2. печени.
3. селезенки.
4. почек.
5. -легких.

Какие тромбы могут явиться источником тромбобактериальной эмболии:

1. организованные.
2. белые.
3. смешанные.
4. -септические.
5. асептические.

Причиной внезапной смерти при тромбозии ствола легочной артерии является:

1. недостаточность коллатерального кровотока.
2. нагноение инфаркта легких.
3. -пульмокоронарный рефлекс.
4. геморрагический инфаркт легких.
5. бурая индурация легких.

Газовая эмболия может возникнуть при:

1. ранении вен шеи.
2. отравлении аммиаком.

3. -быстрой декомпрессии.
4. отравлении угарным газом.
5. наложении пневмоторакса.

Отметьте вид экссудата, лежащий в основе дифтеритического воспаления:

1. гнойный.
2. серозный.
3. -фибринозный.
4. геморрагический.
5. катаральный.

Флегмона характеризуется:

1. наличием катарального воспаления.
2. наличием фибринозного воспаления.
3. отграничением от соседних тканей валом грануляционной ткани.
4. наличием пиогенной мембраны.
5. -наличием разлитого гнойного воспаления.

Укажите синоним гнилостного воспаления:

1. гранулематозное.
2. фибринозное.
3. флегмонозное.
4. -гангренозное.
5. продуктивное.

Начальной фазой воспаления является:

1. экссудация.
2. пролиферация.
3. -альтерация.
4. фагоцитоз.
5. пиноцитоз.

К морфологическим формам воспаления относится:

1. мезенхимальное.
2. сосудистое.
3. -экссудативное.
4. индуративное.
5. демаркационное.

В гнойном экссудате, в отличие от серозного, преобладают:

1. слущенные клетки покровного эпителия.
2. слущенные клетки мезотелия.
3. -нейтрофилы.
4. слизь.
5. фибрин.

К фибринозному воспалению относится:

1. гнилостное.
2. геморрагическое.
3. -дифтеритическое.
4. пролиферативное.
5. гнойное.

К фибринозному воспалению относится:

1. гнойное.
2. -крупозное.
3. серозное.
4. гнилостное.
5. катаральное.

К гнойному воспалению относится:

1. крупозное.
2. продуктивное.
3. гранулематозное.
4. -флегмона.
5. гранулема.

Примером экссудативного воспаления является:

1. паренхиматозное воспаление.
2. продуктивное воспаление.
3. -катаральное воспаление.
4. межуточное воспаление.
5. гранулематозное воспаление.

К специфическому воспалению относится:

1. ревматизм.
2. грипп.
3. брюшной тиф.
4. трихинеллез.
5. -туберкулез.

Для туберкулезной гранулемы характерны:

1. клетки Вирхова.
2. -клетки Пирогова-Лангханса.
3. клетки Микулича.
4. нейтрофилы.
5. клетки Березовского-Штернберга.

Для вторичного сифилиса характерны:

1. солитарные гуммы.
2. твердый шанкр.
3. гуммозный инфильтрат.
4. миллиарные гуммы.
5. -сифилиды.

При цистицеркозе обычно поражается:

1. селезенка.
2. печень.
3. суставы.
4. мышцы.
5. -головной мозг.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Укажите клетку, наиболее характерную для туберкулезной гранулемы:

1. лимфоцит.

2. моноцит.
3. эозинофил.
4. - эпителиоидная.
5. нейтрофил.

Трихинеллез развивается при употреблении в пищу:

1. яиц.
2. молока.
3. немытых овощей.
4. говядины.
5. -свинины.

При продуктивном воспалении преобладает:

1. альтерация.
2. реакции микроциркулярного русла.
3. -пролиферация клеток.
4. экссудация.
5. клеточный и тканевой атипизм.

К специфическому воспалению относится:

1. саркоидоз.
2. грипп.
3. -лепра.
4. эхинококкоз.
5. брюшной тиф.

При многокамерном эхинококкозе первично поражается:

1. легкие.
2. почки.
3. -печень.
4. желудок.
5. глаза.

Вокруг животных паразитов обычно возникает:

1. альтеративное воспаление.
2. экссудативное воспаление.
3. -продуктивное воспаление.
4. специфическое воспаление.
5. паренхиматозное воспаление.

После удаления одной почки в другой наблюдается:

1. -викарная гипертрофия.
2. метаплазия.
3. атрофия.
4. гистологическая аккомодация.
5. вакатная гипертрофия.

К организации относится:

1. малигнизация.
2. мумификация.
3. -инкапсуляция.
4. мутиляция.
5. импрегнация.

Укажите, где наблюдается исключительно внутриклеточная регенерация:

1. вегетативной нервной системе.
2. -головном мозге.
3. гладких мышцах.
4. скелетных мышцах.
5. периферических нервах.

Викарная гипертрофия характерна для:

1. селезенки.
2. головного мозга.
3. -почек.
4. сердца.
5. печени.

Клеточная регенерация характерна для:

1. миокарда.
2. -кроветворной ткани.
3. поперечно-полосатой мускулатуры.
4. скелетных мышц.
5. гинглиозных клеток ЦНС.

По отношению к просвету полого органа рост опухоли может быть:

1. экспансивный.
2. -экзофитный и эндофитный.
3. инвазивный.
4. инфильтрирующий.
5. мультицентрический.

Выделите признак, присущий фиброзному раку:

1. растет преимущественно экспансивно.
2. обладает только тканевым атипизмом.
3. метастазы не характерны.
4. -является недифференцированным раком.
5. развивается из фиброзной ткани.

Среди названных форм рака выделить дифференцированный рак:

1. скирр.
2. -аденокарцинома.
3. мелкоклеточный рак.
4. коллоидный.
5. слизистый рак.

Где обычно локализуется аденома:

1. в слизистой мочевого пузыря.
2. в слизистой пищевода.
3. в лимфоузлах.
4. -в молочном железе.
5. в селезенке.

Укажите вид атипизма, который принято выделять в опухоли:

1. химический.
2. физический.
3. -морфологический.

4. клинический.
5. дистрофический.

Выделить признак, присущий папилломе:

1. -тканевой атипизм.
2. клеточный атипизм.
3. метастазирование.
4. инвазивный рост.
5. раковые жемчужины.

Выделить признак, присущий плоскоклеточному раку:

1. преобладает экспансивный рост.
2. преобладание стромы над паренхимой.
3. преобладание паренхимы над стромой.
4. является разновидностью слизистого рака.
5. -является дифференцированным раком.

Выделить признак, присущий аденоме:

1. инвазивный рост.
2. -тканевой атипизм.
3. клеточный атипизм.
4. метастазирование.
5. тканевой и клеточный атипизм.

Где может развиваться аденома:

1. -щитовидная железа.
2. мышечная ткань.
3. головной мозг.
4. селезенка.
5. кости.

Для опухолей с местнодеструктивным ростом характерен:

1. экспансивный рост.
2. -инвазивный рост.
3. лимфогенное метастазирование.
4. гематогенное метастазирование.
5. имплантационное метастазирование.

Выделить среди названных опухолей доброкачественную:

1. аденокарцинома.
2. -папиллома.
3. базалиома.
4. меланома.
5. скirr.

Отметить признак, присущий медуллярному раку:

1. развитие из плоского эпителия.
2. экспансивный рост.
3. -раннее метастазирование.
4. развитие из ткани мозга.
5. плотная консистенция.

Для "рака на месте" характерен:

1. инвазивный рост.
2. -клеточный атипизм.
3. только тканевой атипизм.

4. инфильтрирующий рост.
5. нередко локализуется в костях.

К доброкачественным органоспецифическим опухолям молочной железы относится:

1. болезнь Педжета.
2. мастопатия.
3. хорионэпителиома.
4. -фиброаденома.
5. аденокарцинома.

Деструирующий пузырьный занос может трансформироваться в:

1. хориоидпапиллому.
2. -хорионэпителиому.
3. нормальную плаценту.
4. нефробласту.
5. гранулезоклеточный рак.

К предраковым заболеваниям щитовидной железы относится:

1. папиллома.
2. полип.
3. серозная цистаденома.
4. фолликулома.
5. -аденома.

К органоспецифическим опухолям надпочечника относится:

1. фолликулома.
2. -феохромоцитома.
3. меланома.
4. тимома.
5. фиброма.

Для опухолей с местнодеструирующим ростом характерен:

1. экспансивный рост.
2. -инвазивный рост.
3. лимфогенное метастазирование.
4. гематогенное метастазирование.
5. смешанный путь метастазирования.

Укажите злокачественную эпителиальную органоспецифическую опухоль яичника:

1. серозная цистаденома.
2. -серозная цисткарцинома.
3. текома.
4. аденома.
5. дисгерминома.

Какая среди названных опухолей является доброкачественной органоспецифической:

1. аденома.
2. папиллома.
3. семинома.
4. -гепатома.
5. болезнь Педжета.

Назовите опухоль, обладающую местнодеструирующим ростом:

1. -базалиома.

2. цистаденома.
3. дисгерминома.
4. папиллома.
5. хорионэпителиома.

Укажите признак, присущий семиноме:

1. доброкачественная опухоль.
2. -злокачественная опухоль.
3. опухоль с местнодеструктирующим ростом.
4. возникает из лейдиговских клеток.
5. метастазы не дает.

Какая из перечисленных опухолей не содержит стромы:

1. пузырьный занос.
2. злокачественная инсулома.
3. -хорионэпителиома.
4. хориоидпапиллома.
5. угревидный рак.

К видам метастазирования опухолей относится:

1. инвазивный.
2. -имплантационный.
3. гемосорбционный.
4. тканевой.
5. морфологический.

Назовите опухоль из покровного эпителия:

1. скирр.
2. слизистый рак.
3. хорионэпителиома.
4. -папиллома.
5. пузырьный занос.

Назовите зрелую нейроэктодермальную опухоль ЦНС:

1. медуллобластома.
2. астробластома.
3. ганглионевробластома.
4. глиобластома.
5. -астроцитома.

Для фибромы характерен:

1. иивазивный рост.
2. -экспансивный рост.
3. клеточный атипизм.
4. тканевой и клеточный атипизм.
5. метастазирование.

Назовите незрелую опухоль мышечного происхождения:

1. фибросаркома.
2. хеMODEKтома злокачественная.
3. рак.
4. -рабдомиосаркома.
5. злокачественная гистиоцитома.

Для липомы характерно:

1. гематогенное метастазирование.
2. лимфогенное метастазирование.
3. клеточный атипизм.
4. -тканевой атипизм.
5. быстрый рост.

Для астроцитомы характерно:

1. -медленный рост.
2. быстрый рост.
3. лимфогенные метастазы.
4. гематогенные метастазы.
5. имплантационные метастазы.

Менингососудистые опухоли делят на:

1. фибриллярные.
2. протоплазматические.
3. фибриллярно-протоплазматические.
4. -доброкачественные и злокачественные.
5. острые и хронические.

Для фибромы характерно:

1. тканевой и клеточный атипизм.
2. нейроэктодермальное происхождение.
3. -мезенхимальное происхождение.
4. инвазивный рост.
5. эпителиальное происхождение.

Серозные оболочки могут быть источником развития:

1. базалиомы.
2. -мезотелиомы.
3. остеосаркомы.
4. менингиомы.
5. синовиомы.

Дайте характеристику медуллобластоме:

1. зрелая опухоль.
2. эпителиальная опухоль.
3. -нейроэктодермальная опухоль.
4. опухоль из меланоцитов.
5. менингососудистая опухоль.

Назовите незрелую опухоль мезенхимального происхождения:

1. фиброма.
2. -саркома.
3. липома.
4. лейомиома.
5. рак.

Для сарком в отличие от рака характерно:

1. отсутствие метастазирования.
2. нейrogenное происхождение.

3. рецидивирование.
4. эпителиальное происхождение.
5. -мезенхимальное происхождение.

6 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-5.2 Использует при решении профессиональных задач различные способы оценки физиологических состояний и патологических процессов в организме человека

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Отметьте вариант лимфогранулематоза, свидетельствующий о генерализации опухоли:

1. нодулярный склероз.
2. -саркома Ходжкина.
3. узловатый склероз.
4. лимфогистиоцитарный вариант.
5. с преобладанием лимфоидной ткани.

Для каких опухолей системы крови характерен лейкомический провал:

1. «цитарных» форм лейкозов.
2. болезни Ходжкина.
3. лимфогранулематоза.
4. -«бластных» форм лейкозов.
5. неходжкинских лимфом.

Лимфогранулематоз относят к группе:

1. -регионарных опухолей системы крови.
2. гемобластозов.
3. системных опухолей кроветворной ткани.
4. лейкозов.
5. неходжкинских лимфом.

К злокачественным лимфомам относится:

1. лимфолейкоз.
2. рак.
3. -болезнь Ходжкина.
4. миелолейкоз.
5. миеломная болезнь.

Болезнь Ходжкина - это:

1. лимфоматоз кожи.
2. лимфосаркома.
3. -лимфогранулематоз.
4. ретикулосаркома.
5. хронический лимфолейкоз.

К хроническим лейкозам лимфоцитарного происхождения относится:

1. -хронический лимфолейкоз.

2. хронический миелолейкоз.
3. истинная полицитемия.
4. гистиоцитоз.
5. лимфогранулематоз.

В зависимости от степени зрелости опухолевых клеток крови различают лейкозы:

1. лейкопенические.
2. -острые и хронические.
3. алейкемические.
4. зрелые и незрелые.
5. лейкемические.

Порфириновая селезенка характерна для:

1. лимфобластного лейкоза.
2. -лимфогранулематоза.
3. инфаркта селезенки. болезни Брилла-Симмерса.
4. миелобластного лейкоза.

Постгеморрагические анемии по течению могут быть:

1. внутрисосудистыми.
2. -острыми и хроническими.
3. внесосудистыми.
4. доброкачественными и злокачественными.
5. витамин В-12-дефицитными.

Пернициозная анемия - это:

1. болезнь Аддисона.
2. -болезнь Аддисона-Бирмера.
3. острая постгеморрагическая анемия.
4. хроническая постгеморрагическая анемия.
5. гемолитическая анемия.

К клинико-анатомическим формам ревматизма относится:

1. -кардиоваскулярная.
2. легочная.
3. ренальная.
4. печеночная.
5. смешанная.

В период ревматической атаки наблюдаются:

1. -цветущие гранулемы.
2. туберкулезные гранулемы.
3. увядающие гранулемы.
4. рубцующиеся гранулемы.
5. целующиеся гранулемы.

«Панцирное» сердце образуется при:

1. ревматическом эндокардите.
2. ревматическом миокардите.
3. -ревматическом перикардите.
4. ревматическом эндомиокардите.
5. ревматическом кардите.

К какой клинико-анатомической форме ревматизма относится малая хорея:

1. суставной.
2. кардиоваскулярной.
3. полиартритической.
4. нодозной .
5. -церебральной.

Возвратно-бородавчатый эндокардит характерен для:

1. затяжного септического эндокардита.
2. сепсиса.
3. -ревматизма.
4. ревматоидного артрита.
5. Скарлатины.

В зависимости от преобладания тканевых реакций ревматический миокардит бывает:

1. геморрагическим.
2. гнойным.
3. фибринозным.
4. -серозным.
5. гнилостным.

Какой орган всегда поражается при ревматизме:

1. почки.
2. кожа.
3. -сердце.
4. головной мозг.
5. легкие.

Достоверным диагностическим признаком системной красной волчанки является обнаружение в крови или органах:

1. плазматических клеток.
2. клеток Микулича.
3. -волчаночных клеток.
4. эпителиоидных клеток.
5. клеток Пирогова-Лангханса.

Какой из названных миокардитов относится к специфическому ревматическому?

1. очаговый межуточный экссудативный.
2. диффузный межуточный экссудативный.
3. -узелковый продуктивный.
4. диффузный продуктивный.
5. терминальный.

В развитии ревматизма главную роль играет:

1. -В-гемолитический стрептококк группы А.
2. диплококк.
3. стафилококк.
4. пневмококк.
5. вирусы.

В связи с атеросклерозом брыжеечных артерий в тонкой кишке может развиваться:

1. белый инфаркт.
2. белый инфаркт с геморрагическим венчиком.

3. хроническое венозное полнокровие.
4. -влажная гангрена.
5. пролежни.

При острой окклюзии артерий сердца наблюдается:

1. гангрена миокарда.
2. -инфаркт миокарда.
3. бурая атрофия миокарда.
4. атрофия миокарда.
5. ожирение миокарда.

К клинико-анатомическим формам атеросклероза относится:

1. легочная.
2. печеночная.
3. -кишечная.
4. селезеночная.
5. периферическая.

К клинико-анатомическим формам артериальной гипертензии относится:

1. легочная.
2. печеночная.
3. центральная.
4. -сердечная.
5. периферическая.

К клинико-анатомическим формам артериальной гипертензии относится:

1. -почечная.
2. печеночная.
3. кишечная.
4. селезеночная.
5. сосудистая.

При каком инфаркте миокарда может возникнуть фибринозный перикардит:

1. субэндокардиальном.
2. интрамуральном.
3. -трансмуральном.
4. сублингвальном.
5. атриовентрикулярном.

К осложнениям инфаркта миокарда относится:

1. -тампонада сердца.
2. порок сердца.
3. ожирение сердца.
4. бурая атрофия миокарда.
5. карнификация.

К осложнениям инфаркта миокарда относится:

1. сепсис.
2. порок сердца.
3. ожирение сердца.
4. бурая атрофия миокарда.
5. -гемоперикард.

В какую стадию атеросклероза чаще всего развивается аневризма аорты:

1. липоидоза.
2. липосклероза.
3. долипидную.
4. -изъязвления.
5. некротическую.

В долипидную стадию атеросклероза в стенке сосудов накапливаются:

1. ксантомные клетки.
2. липиды.
3. -гликозаминогликаны.
4. соли кальция.
5. липопротеиды.

Укажите отдел аорты, который наиболее резко поражается при атеросклерозе:

1. восходящий.
2. дуга.
3. нисходящий.
4. грудной.
5. -брюшной.

При тромбозе венечных артерий в миокарде наблюдается:

1. гангрена.
2. -инфаркт.
3. бурая атрофия.
4. гемосидероз.
5. ожирение.

При тромбэмболии венечных артерий в миокарде наблюдается:

1. пролежень.
2. -инфаркт.
3. бурая атрофия.
4. атрофия.
5. ожирение.

Укажите стадию инфаркта миокарда, при которой обычно наступает разрыв стенки сердца:

1. аллергическая.
2. функциональная.
3. -некротическая.
4. организации.
5. оссификации.

Метастаз Крукенберга - это ретроградный лимфогенный метастаз слизистого рака желудка в:

1. надключичные лимфоузлы.
2. лимфоузлы параректальной клетчатки.
3. печень.
4. поджелудочную железу.
5. -яичники.

Для флегмонозного аппендицита характерно:

1. облитерация проксимального отдела отростка.

2. выполнение отростка слизию.
3. -диффузная лейкоцитарная инфильтрация стенки.
4. обширные некрозы в отростке.
5. гангрена отростка.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

При облитерации проксимального отдела червеобразного отростка и заполнении его слизию говорят о развитии:

1. эмпиемы.
2. -мукоцеле.
3. водянки.
4. острого аппендицита.
5. слизистого рака.

Для стеноза привратника характерно развитие:

1. рвоты цвета кофейной гущи.
2. дегтеобразного стула.
3. -кахексии.
4. лейкоза.
5. тучности.

Метастазы рака желудка в лимфоузлы параректальной клетчатки являются:

1. ортоградными лимфогенными.
2. гематогенными метастазами.
3. "вирховскими" метастазами.
4. -"шницлеровскими" метастазами.
5. "крукенберговскими" метастазами.

К деструктивным формам аппендицита относится:

1. острый простой.
2. острый поверхностный.
3. -флегмонозный.
4. мукоцеле.
5. гидроцеле.

К деструктивным формам аппендицита относится:

1. острый простой.
2. острый поверхностный.
3. -гангренозный.
4. мукоцеле.
5. гидроцеле.

К осложнениям язвенной болезни воспалительного характера относится:

1. -гастрит.
2. кровотечение.
3. малигнизация.
4. миксоглобулез.
5. пенетрация.

К осложнениям язвенной болезни воспалительного характера относится:

1. -дуоденит.
2. кровотечение.

3. малигнизация.
4. миксоглобулез.
5. пенетрация.

К раку желудка с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом относится:

1. полипозный.
2. бляшковидный.
3. фунгозный.
4. блюдцеобразный.
5. -инфильтративно-язвенный.

К деструктивным формам аппендицита относится:

1. ложный аппендицит.
2. -гангренозный.
3. фунгозный.
4. простой.
5. поверхностный.

Прорастание рака желудка в головку поджелудочной железы может привести к развитию:

1. гемолитической желтухи.
2. паренхиматозной желтухи.
3. -механической желтухи.
4. надпеченочной желтухи.
4. печеночной желтухи.

Для какого осложнения язвенной болезни желудка очень характерна рвота типа кофейной гущи?

1. стеноза привратника.
2. гастрита.
3. -аррозивного кровотечения.
4. перигастрита.
5. малигнизации.

Вирховским метастазом является метастаз рака желудка в:

1. забрюшинные лимфоузлы.
2. яичники.
3. лимфоузлы сальников.
4. торакальные лимфоузлы.
5. -надключичные лимфоузлы.

Самоампутация отростка может возникнуть в результате:

1. острого простого аппендицита.
2. поверхностного аппендицита.
3. ложного аппендицита.
4. -гангренозного аппендицита.
5. хронического аппендицита.

Стеатоз печени характеризуется:

1. белковой дистрофией гепатоцитов.
2. -жировой дистрофией гепатоцитов.
3. минеральной дистрофией гепатоцитов.

4. гемосидерозом печени.
5. гликогеновой инфильтрацией гепатоцитов.

В зависимости от характера течения гепатит бывает:

1. -острым и хроническим.
2. подострым.
3. вторичным и первичным.
4. затяжным.
5. терминальным.

Для алкогольного гепатита наиболее характерна:

1. углеводная дистрофия гепатоцитов.
2. минеральная дистрофия.
3. -жировая дистрофия.
4. амилоидоз.
5. карнификация.

Острый гепатит может быть:

1. геморрагическим.
2. персистирующим.
3. гнилостным.
4. холестатическим.
5. -гнойным.

Для вирусного гепатита типа А характерен:

1. половой путь инфицирования.
2. чрезкожный путь передачи.
3. развитие заболевания после инъекций.
4. -инкубационный период 15-45 дней.
5. инкубационный период 25-180 дней.

Для вирусного гепатита типа В характерен:

1. половой путь инфицирования.
2. чрезкожный путь передачи.
3. развитие заболевания после инъекций.
4. инкубационный период 15-45 дней.
5. -инкубационный период 25-180 дней.

Декомпенсированная портальная гипертензия проявляется:

1. желтухой.
2. эсикозом.
3. -варикозным расширением вен пищевода.
4. инсультом.
5. легочными кровотечениями.

Декомпенсированная портальная гипертензия проявляется:

1. желтухой.
2. бурой индурацией.
3. -желудочно-кишечным кровотечением.
4. инфарктом миокарда.
5. легочным кровотечением.

Исходом токсической дистрофии печени может быть:

1. портальный цирроз.
2. -постнекротический цирроз.
3. жировая дистрофия печени.
4. билиарный цирроз.
5. белковая дистрофия печени.

Для гепатоза наиболее характерно:

1. наличие в печени воспалительных инфильтратов.
2. -дистрофические изменения и некроз гепатоцитов.
3. малигнизация.
4. образование ложных долек.
5. диффузный склероз печени.

Прогрессирующий массивный некроз печени сопровождается:

1. асцитом.
2. гидротораксом.
3. расширением вен пищевода.
4. -желтухой.
5. эксикозом.

Для молниеносной формы вирусного гепатита характерны:

1. мелкофокусные некрозы печени.
2. -массивный некроз печени.
3. преобладание углеводной дистрофии гепатоцитов.
4. увеличение печени в размерах.
5. мелкокапельная жировая дистрофия гепатоцитов.

Главным этиологическим фактором острого гломерулонефрита является:

1. -В-гемолитический стрептококк.
2. гепатотропный вирус А.
3. гепатотропный вирус В.
4. менингококк.
5. пневмококк.

К хроническим тубулопатиям относится:

1. пиелонефрит.
2. -подагрическая почка.
3. экстракапиллярный гломерулонефрит.
4. интракапиллярный гломерулонефрит.
5. постстрептококковый экссудативный гломерулонефрит.

В основе гломерулопатий лежит:

1. -первичное поражение клубочков.
2. нарушение выделения мочи.
3. вторичные поражения клубочков.
4. первичное поражение канальцев.
5. преимущественное нарушение функции канальцев.

К местным факторам камнеобразования при почечнокаменной болезни относится:

1. приобретенные нарушения минерального обмена.
2. врожденные нарушения минерального обмена.
3. гипертония.
4. -воспалительный процесс в мочевых путях.
5. нефросклероз.

«Щитовидная» почка образуется в результате:

1. амилоидоза почек.
2. базедова зоба.
3. -хронического пиелонефрита.
4. острого пиелонефрита.
5. экстракапиллярного гломерулонефрита.

Для хронического гломерулонефрита характерна:

1. крупнобугристая поверхность почек.
2. первично-сморщенные почки.
3. -вторично-сморщенные почки.
4. большая сальная почка.
5. большая пестрая почка.

Назовите почечный симптом гломерулонефрита:

1. артериальная гипертония.
2. -гематурия.
3. диспротеинемия.
4. отеки.
5. гипотония.

Экстракапиллярный гломерулонефрит по течению является:

1. острым.
2. хроническим.
3. -подострым.
4. латентным.
5. острейшим.

Большая сальная почка наблюдается при:

1. остром пиелонефрите.
2. острой почечной недостаточности.
3. -амилоидозе почек.
4. остром гломерулонефрите.
5. хроническом гломерулонефрите.

Для экстракапиллярного пролиферативного гломерулонефрита характерно:

1. -поражение капсулы клубочков.
2. преимущественное поражение капилляров клубочков.
3. некроз эпителия канальцев.
4. пролиферация эпителия чашечек почки.
5. обильная лейкоцитарная инфильтрация в клубочке.

По этиопатогенезу гломерулонефрит является:

1. вирусным заболеванием.
2. -инфекционно-аллергическим заболеванием.
3. риккетсиозным заболеванием.
4. грибковым заболеванием.
5. паразитарным заболеванием.

Назовите внепочечный симптом гломерулонефрита:

1. гипертрофия миокарда правого желудочка сердца.
2. гематурия.

3. олигурия.
4. -отеки.
5. цилиндрурия.

Экстракапиллярный гломерулонефрит бывает:

1. отечным.
2. мезангиальным.
3. пристеночным.
4. гнойным.
5. -геморрагическим.

Для хронического гломерулонефрита характерно:

1. увеличение почек в размерах.
2. первично-сморщенные почки. 3.-вторично-сморщенные почки.
4. фокальный сегментарный гломерулярный склероз.
5. амилоидно-сморщенные почки.

Первично-сморщенные почки возникают при:

1. острым гломерулонефрите.
2. хроническом гломерулонефрите.
3. -артериальной гипертензии.
4. пиелонефрите.
5. амилоидозе почек.

К тубулопатиям относится:

1. гломерулонефрит.
2. рак почки.
3. тубуло-интерстициальный нефрит.
4. пиелонефрит.
5. -некротический нефроз.

Для аддисоновой болезни характерна:

1. гиперфункция надпочечников.
2. -бронзовая окраска кожи.
3. ожирение.
4. гипертония.
5. тучность.

Зоб по патогенезу может быть:

1. эпителиальным.
2. гипертрофическим.
3. атрофическим.
4. -эндемическим.
5. стромально-сосудистым.

Зоб по патогенезу может быть:

1. эпителиальным.
2. мезенхимальным.
3. дистрофическим.
4. -спорадическим.
5. ангиопатическим.

В сердце при Базедовой болезни наблюдается:

1. ишемическая болезнь сердца.
2. -гипертрофия левого желудочка.
3. стеноз митрального отверстия.
4. пристеночное тромбообразование.
5. облитерация полости перикарда.

Причиной развития Аддисоновой болезни чаще всего является:

1. недостаток йода во внешней среде.
2. опухоль паращитовидной железы.
3. -туберкулез надпочечников.
4. атрофия островков Лангерганса.
5. гипоплазия половых желез.

Болезнь Иценко-Кушинга проявляется:

1. усиленным ростом костей в длину.
2. -верхним типом ожирения.
3. карликовым ростом.
4. бронзовой окраской кожи.
5. истощением.

Укажите синоним крупозной пневмонии:

1. межуточная пневмония.
2. -плевропневмония.
3. бронхопневмония.
4. вторичная пневмония.
5. перибронхиальная пневмония.

Возбудителями крупозной пневмонии может явиться:

1. спирохета.
2. менингококки.
3. стафилококки.
4. кишечная палочка.
5. -клебсиелла.

К осложнениям крупозной пневмонии относится:

1. фибринозный плеврит.
2. -карнификация.
3. малигнизация.
4. рак легкого.
5. бурая индурация.

Под термином «карнификация» понимают:

1. гнойно-фибринозное воспаление в плевре и легких.
2. образование бронхоэктазов.
3. бурую индурацию легких.
4. -организацию фибринозного экссудата.
5. острый деструктивный процесс в легких.

Укажите синоним бронхопневмонии:

1. плевропневмония.
2. долевая пневмония.
3. -очаговая пневмония.
4. лобарная пневмония.

5. крупозная пневмония.

В плевре при крупозной пневмонии развивается:

1. катаральное воспаление.
2. -фибринозное воспаление.
3. гранулематозное воспаление.
4. геморрагическое воспаление.
5. интерстициальное воспаление.

Для пневмоцирроза характерна:

1. гипертрофия миокарда левого желудочка.
2. -гипертрофия миокарда правого желудочка.
3. стеноз митрального отверстия.
4. атрофия миокарда.
5. инфаркт миокарда.

Укажите вид рака легкого в зависимости от локализации:

1. -медистинальный.
2. плевральный.
3. субплевральный.
4. кардиальный.
5. сосудистый.

Бронхоэктазы могут быть:

1. первичными и вторичными.
2. атрофическими и гипертрофическими.
3. -мешковидными и цилиндрическими.
4. экзофитными и эндофитными.
5. центральными и периферическими.

Ателектаз легких может быть вызван:

1. гидротораксом.
2. эмпиемой плевры.
3. спонтанным пневмотораксом.
4. -обтурацией просвета бронха опухолью.
5. гемотораксом.

К общим изменениям, типичным для брюшного тифа, относится:

1. -экзантема.
2. зернистая дистрофия паренхиматозных органов.
3. жировая дистрофия паренхиматозных органов.
4. сифилиды.
5. амилоидоз.

К формам сальмонеллеза относится:

1. алиментарная.
2. -интестинальная.
3. асептическая.
4. аллергическая.
5. желудочно-кишечная.

Укажите, сколько стадий различают в развитии холеры:

1. одну.

2. две.
3. -три.
4. четыре.
5. пять.

Для первой стадии брюшного тифа характерно:

1. острое альтеративное воспаление.
2. острое экссудативное воспаление.
3. -острое продуктивное воспаление.
4. хроническое пролиферативное воспаление.
5. хроническое экссудативное воспаление.

Источником заражения брюшным тифом может быть:

1. платяная вошь.
2. клещ.
3. собака.
4. свинья.
5. -больной человек.

Для холерного энтерита характерно:

1. гнилостное воспаление.
2. гнойное воспаление.
3. крупозное воспаление.
4. дифтеритическое воспаление.
5. -серозно-геморрагическое воспаление.

Укажите, сколько стадий различают в развитии дизентерии:

1. одну.
2. две.
3. три.
4. -четыре.
5. пять.

Для алгидного периода холеры характерно:

1. -обезвоживание.
2. перитонит.
3. сепсис.
4. анасарка.
5. кишечное кровотечение.

Ярко выраженные проявления эксикоза при холере присущи:

1. стадии холерного энтерита.
2. стадии холерного гастроэнтерита.
3. -алгидному периоду.
4. холерному тифоиду.
5. инкубационному периоду холеры.

По биологическому признаку инфекции классифицируют на:

1. вирусные.
2. -антропонозы и антропозоонозы.
3. дислипидозы.
4. диспротеинозы.
5. бактериальные.

Местные изменения при дизентерии главным образом локализуются в:

1. подвздошной кишке.
2. слепой кишке.
3. поперечно-ободочной кишке.
4. -прямой и сигмовидной кишке.
5. тонкой кишке и желудке.

Наиболее характерным признаком третьей стадии брюшного тифа является образование:

1. -острых язв кишечника.
2. хронических язв кишечника.
3. чистых язв кишечника.
4. брюшнотифозных гранул.
5. хронических язв 12-перстной кишки.

Какое воспаление лежит в основе второй стадии дизентерии?

1. серозное.
2. -фибринозное.
3. гнойное.
4. гнилостное.
5. геморрагическое.

Специфическим осложнением холеры является:

1. холерный гастроэнтерит.
2. холерный энтерит.
3. профузная диарея.
4. -постхолерная уремия.
5. холерный колит.

Назовите наиболее частую причину перитонита при брюшном тифе:

1. разрыв капсулы печени.
2. геморрой.
3. -перфорация язвы тонкой кишки.
4. перфорация хронической язвы желудка.
5. перфорация хронической язвы 12-перстной кишки.

Для септикопиемии наиболее характерен:

1. острый бородавчатый эндокардит.
2. -лейкоцитарная инфильтрация пульпы селезенки.
3. атрофия селезенки и лимфоузлов.
4. усиленное кроветворение в костном мозге.
5. возвратно-бородавчатый эндокардит.

При наличии гнойного эндометрита, как септического очага, первые тромбобактериальные эмболы следует ожидать в:

1. яичниках.
2. печени.
3. почках.
4. -легких.
5. миокарде левого желудочка.

Какое воспаление лежит в основе сибирязвенного карбункула?

1. серозное.

2. гнойное.
3. -геморрагическое.
4. гнилостное.
5. катаральное.

К клинико-анатомическим формам сепсиса относится:

1. хирургическая.
2. -септицемия.
3. пупочная.
4. асептическая.
5. динамическая.

При инфекционном эндокардите в клапанах сердца наблюдается:

1. острый бородавчатый эндокардит.
2. возвратно-бородавчатый эндокардит.
3. -полипозно-язвенный эндокардит.
4. фибропластический парietальный эндокардит с эозинофилией.
5. диффузный эндокардит.

Инфекционный эндокардит подразделяют на:

1. стенозирующий и нестенозирующий.
2. -острый и подострый.
3. врожденный и приобретенный.
4. повторный.
5. непрерывно рецидивирующий.

К местным изменениям при сепсисе относится:

1. -септический очаг.
2. межуточный септический нефрит.
3. межуточный септический миокардит.
4. микробная эмболия.
5. межуточный септический гепатит.

В отличие от других инфекционных болезней сепсису присуща:

1. гиподинамия.
2. моноэтиологичность.
3. -полиэтиологичность.
4. цикличность течения заболевания.
5. строгая определенность сроков инкубационного периода.

Первично-легочная форма сибирской язвы характеризуется развитием:

1. гнилостного трахеита.
2. гнойно-язвенного трахеита.
3. серозного бронхита.
4. -геморрагического трахеобронхита.
5. крупозной пневмонии.

Какая из указанных клинико-анатомических форм характерна для сибирской язвы:

1. токсико-септическая.
2. токсическая.
3. аллергическая.
4. -первично-септическая.
5. язвенная.

К клинико-анатомическим формам сепсиса относятся:

1. криптогенная.
2. асептический эндокардит.
3. -инфекционный эндокардит.
4. аллергическая.
5. токсико-септическая.

В патогенезе дифтерии главное значение имеет:

1. выделение эндотоксина.
2. -выделение экзотоксина.
3. выделение экзо-и эндотоксина.
4. внутриэпителиальное размножение возбудителя.
5. серологический вариант стрептококка.

Истинный круп - это:

1. дифтеритическое воспаление миндалин и зева.
2. дифтеритическое воспаление гортани.
3. -крупозное воспаление гортани.
4. крупозное воспаление бронхиального дерева.
5. крупозное воспаление зева и миндалин.

Самым существенным проявлением второго периода скарлатины является:

1. пластинчатое шелушение кожи.
2. отрубевидное шелушение кожи.
3. поздний паралич сердца.
4. некротический нефроз.
5. -гломерулонефрит.

При какой локализации дифтерии наиболее выражены общие токсические изменения:

1. -дифтерии зева и миндалин.
2. дифтерии носа.
3. дифтерии гортани.
4. дифтерии трахеи.
5. дифтерии бронхов.

Причиной недостаточности сердца при дифтерии может явиться:

1. гнойный миокардит.
2. -альтеративный миокардит.
3. постинфарктный кардиосклероз.
4. острая коронарная недостаточность.
5. инфаркт миокарда.

В почках при дифтерии может возникнуть:

1. амилоидоз.
2. -некротический нефроз.
3. гломерулонефрит.
4. пиелонефрит.
5. мочекаменная болезнь.

Заражение дифтерией происходит:

1. половым путем.
2. алиментарным путем.

3. при переливании крови и сывороток.
4. трансмиссивно.
5. -воздушно-капельным путем.

В нервных ганглиях при дифтерии наблюдается:

1. пролиферация.
2. -дистрофия и некроз.
3. метаплазия.
4. амилоидоз.
5. индурация.

К клинико-морфологическим формам скарлатины относится:

1. -токсико-септическая.
2. алиментарная.
3. аллергическая.
4. первичная и вторичная.
5. местная и общая.

Для менингококкового менингита типично:

1. катаральное воспаление.
2. геморрагическое воспаление.
3. -гнойное воспаление.
4. гнилостное воспаление.
5. продуктивное воспаление.

Укажите локализацию энантемы при кори:

1. на всей поверхности тела, за исключением носогубного треугольника.
2. на губах.
3. на слизистой гортани и трахеи.
4. -на слизистой оболочке щек.
5. на коже лица.

Нисходящий круп – это:

1. крупозное воспаление зева.
2. крупозное воспаление миндалин.
3. крупозное воспаление гортани.
4. -крупозное воспаление бронхов.
5. крупозное воспаление глотки.

Возбудитель какой инфекции относится к ДНК-содержащим вирусам?

1. гриппа.
2. парагриппа.
3. РС-инфекции.
4. -аденовирусной инфекции.
5. крупозной пневмонии.

Источником заболевания гриппом может явиться:

1. -больной человек.
2. грызуны.
3. крупный рогатый скот.
4. насекомые.
5. вши.

Смерть при гриппе обычно наступает от:

1. гангрены ноги.
2. -пневмонии.
3. желудочно-кишечного кровотечения.
4. инфаркта миокарда.
5. гангрены кишечника.

Инкубационный период при гриппе обычно составляет:

1. 1 день.
2. -2-4 дня.
3. 5-7 дней.
4. 6-8 дней.
5. 10-12 дней.

К характерным легочным осложнениям гриппа можно отнести:

1. -карнификацию экссудата.
2. бурую индурацию легких.
3. профузное легочное кровотечение.
4. антракоз.
5. силикоз.

Смерть больных при неосложненном парагриппе может наступить от:

1. -вирусной пневмонии.
2. коллапса легкого.
3. абсцедирующей пневмонии.
4. орхита.
5. гнойного ринита.

К ОРВИ относится:

1. дифтерия.
2. бешенство.
3. -грипп.
4. крупозная пневмония.
5. холера.

К осложнениям гриппа, возникающим в нервной системе, относится:

1. инфаркт мозга.
2. нейрофиброматоз.
3. -энцефалит.
4. орхит.
5. эпидуральная гематома.

Третья стадия ВИЧ-инфекции называется:

1. пре-СПИД.
2. СПИД.
3. асимптомная инфекция.
4. -персистирующая генерализованная лимфаденопатия.
5. острая инфекция.

Сероконверсионное окно при ВИЧ-инфекции - это промежуток времени:

1. с момента заражения до смерти.
2. -с момента заражения до появления анти-ВИЧ антител.
3. с момента появления анти-ВИЧ антител до появления оппортунистических инфекций.

4. с момента появления анти-ВИЧ антител до появления ВИЧ-ассоциированных опухолей.
5. с момента появления лимфаденопатии до смерти больного.

Сколько стадий выделяют при ВИЧ-инфекции:

1. две.
2. три.
3. четыре.
4. -пять.
5. шесть.

Заражение при ВИЧ-инфекции происходит:

1. воздушно-капельным путем.
2. алиментарным.
3. -половым путем.
4. транслюмбально.
5. восходящим уриногенным путем.

СПИД-ассоциированный симптомокомплекс включает:

1. сероконверсионное окно.
2. латентный период.
3. -конституциональные состояния.
4. асимптомную инфекцию.
5. врожденный иммунодефицит.

О прогрессировании первичного туберкулезного комплекса свидетельствует:

1. бронхогенная генерализация.
2. -гематогенная и лимфогенная генерализация.
3. наличие метастазов рака.
4. наличие очага Гона.
5. периневральная генерализация.

О благоприятном течении первичного туберкулезного комплекса свидетельствует:

1. развитие в области первичного аффекта казеозной пневмонии.
2. усиление перифокального воспаления с переходом его в специфическое.
3. антракоз легких.
4. -появление очага Гона.
5. наличие признаков милиаризации туберкулеза.

Холодный натечный абсцесс является проявлением:

1. туберкулеза кожи.
2. туберкулезного гонита.
3. -туберкулезного спондилита.
4. туберкулеза кишечника.
5. туберкулеза надпочечников.

Наличие очага Гона свидетельствует об:

1. остром течении первичного туберкулеза.
2. перенесенном гематогенном туберкулезе.
3. благоприятном течении банальной бактериальной пневмонии.
4. вторичном туберкулезе.
5. -перенесенном первичном туберкулезе.

Острый общий милиарный туберкулез может быть проявлением:

1. -гематогенного туберкулеза.
2. вторичного туберкулеза.
3. амилоидоза.
4. прогрессирования стафилококковой бронхопневмонии.
5. крупноочагового туберкулеза легких.

С морфологической точки зрения первичный туберкулезный аффект в легком является:

1. очагом неоплазмы.
2. -очагом казеозной пневмонии.
3. лобарной пневмонией.
4. межуточной пневмонией.
5. проявлением вторичного туберкулеза.

К вторичному туберкулезу относится:

1. хронический крупноочаговый туберкулез легких.
2. туберкулезный плеврит.
3. милиарный туберкулез легких.
4. -казеозная пневмония.
5. туберкулезный полисерозит.

Морфологическим субстратом гематогенного туберкулеза является:

1. первичный туберкулезный комплекс.
2. милиарный туберкулез легких.
3. туберкулезный лимфаденит.
4. -туберкулезный васкулит.
5. очаги Абрикосова.

Очаги реинфекта называются также:

1. сифилиды.
2. -очаги Абрикосова.
3. очаги Ассмана-Редекера.
4. первичный туберкулезный аффект.
5. очаги Гона.

Укажите, каким путем осуществляется распространение инфекции при вторичном туберкулезе:

1. гематогенным.
2. лимфогенным.
3. -бронхогенным.
4. перинеуральным.
5. имплантационным.

При эклампсии в печени возникает:

1. -дистрофия и некроз гепатоцитов.
2. цирроз.
3. инфильтрация лейкозными клетками.
4. тканевой атипизм.
5. клеточный атипизм.

К видам заживления псевдоэрозий относится:

1. диспластическое.
2. -поверхностное и глубинное.
3. первичное и вторичное.

4. индуцированное.
5. спонтанное.

К ранним гестозам относится:

1. -рвота беременных.
2. преэклампсия.
3. булемия.
4. истощение.
5. эклампсия.

Наботовы железы - это:

1. кистозно расширенные железы эндометрия.
2. -кистозно расширенные железы шейки матки при псевдоэрозии.
3. разновидность рака тела матки.
4. дисплазия шейки матки.
5. разновидность рака шейки матки.

Хорионэпителиома может развиваться в исходе:

1. -пузырного заноса.
2. эндометрита.
3. истинной эрозии шейки матки.
4. псевдоэрозии.
5. аденоматозного полипа матки.

Продолжительность бластогенеза составляет: 1.-две недели.

2. три недели.
3. четыре недели.
4. пять недель.
5. шесть недель.

Гамеопатии подразделяют на:

1. первичные и вторичные.
2. -спонтанные и унаследованные.
3. острые и хронические.
4. атипические.
5. идиопатические.

К порокам центральной нервной системы относится:

1. апус.
2. -акrania.
3. заячья губа.
4. гидроцеле.
5. пиоцефалия.

К порокам лицевого черепа относится:

1. синдактилия.
2. симподия.
3. монорхизм.
4. -циклопия.
5. анорхизм.

Амелия - это отсутствие:

1. пальцев рук.

2. пальцев ног.
3. пальцев рук и ног.
4. -верхних и нижних конечностей.
5. кистей и стоп.

Симпус – это:

1. сращение пальцев рук.
2. сращение пальцев ног.
3. -сращение нижних конечностей.
4. сращение верхних конечностей.
5. отсутствие верхних и нижних конечностей.

После завершения какой недели беременности начинается исчисление перинатального периода?

1. 20 недели.
2. -22 недели.
3. 24 недели.
4. 26 недели.
5. 28 недели.

Недоношенность - это роды при сроке беременности:

1. 280 суток.
2. 270-290 суток.
3. 260-293 суток.
4. -менее 259 суток.
5. 260-280 суток.

К причинам асфиксии новорожденного относится:

1. гипоплазия плаценты.
2. узлы пуповины.
3. -пневмопатия новорожденных.
4. порок сердца матери.
5. предлежание плаценты.

Укажите формы цитомегаловирусной инфекции:

1. первичная и вторичная.
2. острая и хроническая.
3. гранулематозная и пиемическая.
4. -локализованная и генерализованная.
5. ранняя и поздняя.

Асфиксия плода может быть обусловлена:

1. незрелостью сурфактантной системы.
2. пневмопатией.
3. -гипоплазией плаценты.
4. гистологической аккомодацией.
5. нарушением акта самостоятельного дыхания.

Различают следующие формы листериоза:

1. -пиемическая и гранулематозная.
2. кардиопатическая.
3. энцефалопатическая.
4. первичная и вторичная.
5. нефропатическая.

К экстракраниальной родовой травме относится:

1. внутренняя кефалогематома.
2. -наружная кефалогематома.
3. эпидуральная гематома.
4. перелом позвоночника.
5. гематома печени.

Желтушная форма гемолитической болезни новорожденных характеризуется:

1. уменьшением печени и селезенки в размерах.
2. клеточным атипизмом.
3. -ядерной желтухой.
4. резко выраженным отеком тканей.
5. обязательным смертельным исходом заболевания.

Фетальный период классифицируют на:

1. первичный и вторичный.
2. острый и хронический.
3. третичный.
4. -ранний и поздний.
5. наследственный и приобретенный.

Появление в головном мозге щелей или кист, выстланных эпендимой, называется:

1. внутренней гидроцефалией.
2. наружной гидроцефалией.
3. микроцефалией.
4. энцефалоцеле.
5. -порэнцефалией.

Ситуационные задачи

Задача 1. О какой патологии следует думать, если при гистологическом изучении печени в цитоплазме увеличенных в размере гепатоцитов обнаруживаются вакуоли, заполненные цитоплазматической жидкостью, смещающей ядро клетки на периферию.

Ответ: Гидропическая(водяночная)дистрофия печени.

Задача 2. Печень увеличена в размере, плотноватой консистенции, на разрезе темнозеленого цвета. Гистологически выявляются желчные тромбы. Ваш диагноз.

Ответ: Подпеченочная желтуха.

Задача 3. У больного 65 лет, страдавшего атеросклерозом, появились боли в правой ноге, ткани I пальца стопы стали отечными, черного цвета, эпидермис отслоился, появилось отделяемое с неприятным запахом. Какая клинико-морфологическая форма некроза развилась у больного. Какая разновидность этой формы.

Ответ: Влажная гангрена конечности.

Задача 4. Больной туберкулезом умер от легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружены межочный миокардит, множественные очажки размером с просыное зерно в легких, печени и селезенке.

Вопросы и задания:

1. Назовите изменения в легких, печени и селезенке.
2. Как называются эти «очажки»?

3. Какую тканевую реакцию они отражают?
4. Что входит в состав данного образования?
5. Каков исход данного образования?

Ответы: 1. Изменения в легких, печени и селезенки называются милиарный туберкулез.

2. «Очажки» называются – гранулемы.

3. Они отражают тканевую реакцию – продуктивную.

4. В состав данного образования входят: казеозный некроз, эпителиоидные клетки, лимфоциты и клетки Пирогова-Лангханса.

5. Исход данного образования – рубцевание.

Задача 5. Мужчина 46 лет, после переохлаждения внезапно почувствовал острую боль в левой половине грудной клетки, одышку, головные и мышечные боли, озноб; температура 39,20С.

В клинику поступил на 3-й день болезни. При обследовании выявлено отсутствие дыхания в области верхней доли левого легкого, шум трения плевры, тахикардия, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Несмотря на проводимое лечение, через 2 недели у больного отмечается кашель с выделением гнойной мокроты, боли в грудной клетке слева, температура 38,5⁰С.

Вопросы и задания: 1. Какое заболевание развилось у больного?

2. Стадия болезни?

3. С чем связан шум трения плевры?

4. Назовите осложнение, возникшее у больного.

5. Перечислите возможные внелегочные осложнения.

Ответы: • У больного развилась долевая пневмония. • Стадия болезни – стадия серого опеченения. • Шум трения плевры связан с фибринозным плевритом. • Осложнение, возникшее у больного - абсцесс легкого. • Возможные внелегочные осложнения: перикардит, медиастинит, перитонит, гнойный артериит, гнойный менингит.

Задача 6. Больной 80 лет, поступил в клинику с прогрессирующей сердечной недостаточностью. В анамнезе — 2 года назад трансмуральный инфаркт миокарда.

При обследовании отмечено значительное расширение границ сердца, пульсация сердца в области верхушки, одышка, кашель с ржавой мокротой, увеличение размеров печени, отеки. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия.

Вопросы и задания: 1. К какой группе относится хроническая аневризма сердца?

2. Назовите болезни, относящиеся к этой же группе заболеваний. 3

. Какова частая локализация хронической аневризмы сердца?

4. Чем представлена стенка хронической аневризмы?

5. Назовите осложнения и возможные причины смерти при хронической аневризме сердца.

Ответы: 1. Хроническая аневризма сердца относится к группе хронических ишемических болезней сердца.

2. Болезни, относящиеся к этой же группе заболеваний: крупноочаговый кардиосклероз, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, ишемическая кардиомиопатия.

3. Частая локализация хронической аневризмы сердца: передняя стенка левого желудочка, верхушка сердца.

4. Стенка хронической аневризмы представлена рубцовой тканью.

5. Осложнения и возможные причины смерти при хронической аневризме сердца: хроническая сердечная недостаточность, разрыв стенки аневризмы с гемоперикардом, тромбоэмболические осложнения, повторный инфаркт миокарда.

Задача 7. У больного 55 лет в связи с болями в эпигастрии, тошнотой, появлением кала темного цвета (мелены), произведена гастроскопия и в области малой кривизны желудка обнаружено изъязвление диаметром 6 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом.

Взята биопсия, при исследовании которой обнаружен рак. Произведена операция резекции желудка с большим и малым сальником.

Вопросы и задания: 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.

2. Какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен?

3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка?

4. Почему вместе с желудком удалены большой и малый сальники?

5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы рака желудка?

Ответы: 1. Макроскопическая форма рака желудка – блюдцеобразный.

2. Рост по отношению к просвету желудка – экзофитный.

3. Гистологический тип рака, который чаще всего находят при этой форме рака желудка – аденокарцинома.

4. Вместе с желудком удалены большой и малый сальники, потому что в них располагаются регионарные лимфатические узлы, в которые в первую очередь метастазирует рак желудка.

5. Лимфогенные метастазы рака желудка можно искать: в яичниках (крукенберговские метастазы); в параректальной клетчатке (шницлеровские метастазы); в левом надключичном лимфатическом узле (Вирховская железа).

Задача 8. Больная З., 68 лет, поступила в клинику для вскрытия абсцесса. После вскрытия абсцесса температура тела оставалась 39°C, появилась одышка. В анализах крови лейкоцитоз со сдвигом до промиелоцитов, повышение СОЭ. В анализах мочи небольшая протеинурия, лейкоцитурия, единичные эритроциты. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности.

Вопросы и задания: 1. Какая клинико-морфологическая форма сепсиса развилась у больной?

2. Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот?

3. Какие макроскопические изменения в связи с особенностями распространения инфекта можно найти в легких, сердце, почках, головном мозге?

4. Какие макроскопические изменения селезенки найдены на вскрытии?

Ответы: 1. Септикопиемия.

2. Хирургический.

3. В легких — метастатические гнойники, в сердце — острый септический полипозно-язвенный эндокардит и межжелудочный миокардит, в головном мозге — абсцессы и гнойный менингит, в почках — эмболический гнойный нефрит.

4. Септическая селезенка: увеличена, дряблой консистенции, пульпа дает обильный соскоб.

Задача 9. У больного, страдавшего опухолью околощитовидных желез, отмечалась выраженная гиперкальцемика, деструктивные изменения в костях. Смерть наступила от пневмонии. При гистологическом исследовании обнаружены множественные очаги обызвествления в миокарде и почках.

1. Какой вид обызвествления имеет место в данном случае?

2. Какие органеллы кардиомиоцитов являются матрицей обызвествления?

3. Какие органеллы нефроцитов являются матрицей обызвествления?

4. В каком еще органе можно ожидать обнаружение отложений извести?

5. В каких слизистых оболочках выпадает известь?

Ответы 1. Метастатическое. 2. Митохондрии. 3. Лизосомы. 4. Легкие. 5. Слизистая оболочка желудка.

Задача 10. 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.

1. Назовите патологический процесс, развившийся в печени.
2. Какие морфогенетические механизмы его развития?
3. Перечислите макроскопические признаки печени, ее образное название.
4. Укажите микроскопические изменения, обнаруживаемые в пунктате печени.
5. Какую окраску следует применить для выявления данных изменений?

Ответы 1. Жировая дистрофия. 2. Инфильтрация, трансформация. 3. Печень увеличена, дряблая, светло-коричневого цвета, «гусиная печень». 4. Наличие капель жира в цитоплазме гепатоцитов, преимущественно в периферической зоне долек. 5. Судан III.

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

5 «отлично» – правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи (96-100%), широко оперируя при этом сведениями из основной и дополнительной литературы.;

4 «хорошо» – правильно, но не очень подробно, с незначительными погрешностями отвечает на все поставленные вопросы (81- 95%), с логичным изложением ответа;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; студент правильно решает задачу частично, отвечает не на все поставленные вопросы (71-80%), допускает негрубые ошибки при изложении ответа с незначительным нарушением патогенетической и логической последовательности;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; полное отсутствие ответа, или ответ короткий, неправильный, или студент дает единичные (менее 50%) правильные ответы на вопросы к условию задачи, отвечает не на все поставленные вопросы, допускает грубые ошибки с нарушением патогенетической и логической последовательности.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается: на зачете – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов

90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100. При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины. Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89. На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины. Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65. На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов. При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине. Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

Экзамен.

Задание состоит из 2 теоретических вопросов.

Время на подготовку: 60 минут.

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

Промежуточная аттестация может проводиться в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого или закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка при проведении экзамена выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49