

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Фонд оценочных средств

по дисциплине
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Специальность **31.05.02 Педиатрия**

2025г.

1. Форма промежуточной аттестации: зачет и экзамен.

2. Вид промежуточной аттестации: промежуточная аттестация обучающихся в виде зачета реализуется на основании рейтинга обучающегося, сформированного в течении V семестра. Промежуточная аттестация обучающихся в виде экзамена проходит в конце VI семестра и состоит из 2-х этапов. Первый этап заключается в написании тестовых заданий, решении ситуационных задач; второй этап – устное собеседование.

3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание элементов компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
ОПК 9	Способен к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	Способен к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.

4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Компетенция	Дисциплины	Семестр
ОПК-9	Анатомия	1, 2, 3
	Топографическая анатомия и оперативная хирургия	5, 6
	Гистология, эмбриология	2, 3
	Нормальная физиология	3, 4
	Микробиология, вирусология	3, 4
	Иммунология	9
	Фармакология	5, 6
	Патологическая анатомия	5, 6
	Клиническая патологическая анатомия	12
	Клиническая фармакология	11
	Пропедевтика внутренних болезней	5, 6
	Фундаментальная медицина	7

5. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Разделы дисциплины	Коды формируемых компетенций	ОПК- 9	
		Семестр 5	
Раздел 1			+
Раздел 2			+
Раздел 3			+
Семестр 6			
Раздел 4			+

6. Текущий контроль

Текущий контроль успеваемости обучающихся по дисциплине «Патофизиология» осуществляется на практических занятиях. Формами текущего контроля являются текстовые тестовые задания, ситуационные задачи и устное собеседование. На практическом занятии может быть применена как какая-то одна из форм оценки текущей успеваемости, так и их сочетание. В последнем случае итоговая оценка за занятие выставляется как среднее арифметическое оценок за соответствующие формы контроля. Вопросы к текущим занятиям и вопросы тестового контроля, а также критерии их оценки, совпадают с аналогичными заданиями и критериями промежуточной аттестации для соответствующего раздела. Примеры ситуационных задач и критерии их оценки приведены ниже.

7. Промежуточная аттестация

Формы контроля из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Тесты	500
Ситуационные задачи	100
Устный опрос, собеседование	230

Технология выставления промежуточной аттестации.

- Промежуточная аттестация в форме «зачет».

Промежуточная аттестация в форме зачета по дисциплине «Патофизиология» проводится по окончании V семестра. Критерием положительного прохождения аттестации является набор обучающимся баллов в диапазоне от 60 до 100. Выше обозначенные баллы формируются по следующим критериям:

1. Посещение лекций – 1 балл ($9*1=9$);
2. Наличие тетради для практических работ с протоколами их выполнения – 3 балла тетрадь есть, 0 баллов – тетрадь отсутствует;
3. Отметки на текущих занятиях: оценка «2» - 0 баллов;
оценка «3» - 2 балла;
оценка «4» - 3 балла;
оценка «5» - 4 балла;
4. Отметки на «повторительных занятиях»:
оценка «2» - 0 баллов;
оценка «3» - 6 баллов;
оценка «4» - 7 баллов;
оценка «5» - 8 баллов;

5. Дополнительные баллы (активное участие в МНК кафедры, выступление с докладами и сообщениями на конференциях) – 6 баллов; призовые места на всероссийских конференциях – 12 баллов.

- Промежуточная аттестация в форме «экзамен».

Промежуточная аттестация в форме экзамена по дисциплине «Патофизиология» проводится по окончании VI семестра.

- Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для промежуточной аттестации с эталонами ответов:

1. *Отметьте процесс, при котором наиболее часто регистрируется лейкемоидная реакция:*

1. Инфаркт.
2. Недостаточность почек.
- 3. Сепсис.**

2. *Абсолютный эритроцитоз наблюдается при:*

1. Кризисе при пневмонии и сыпном тифе.
2. Водном голодании.
- 3. Недостаточности сердца.**
4. Профузной диарее (холере).

3. *Отметьте важнейший элемент противосвертывающей системы:*

1. Фибриноген.
2. Тромбин.
- 3. Плазмин.**
4. Фибрин.
5. Тромбомодулин.

4. *Пойкилоцитоз означает:*

1. Увеличение лейкоцитов в крови.
2. Увеличение эритроцитов в крови.
- 3. Увеличение эритроцитов различной формы в мазке.**
4. Уменьшение эритроцитов в крови.

5. *Отметьте артерии наиболее часто поражаемые атеросклерозом:*

- 1. Коронарные.**
2. Подключичные.
3. Подмышечные.
4. Легочные.

6. *Отметьте антиатерогенный фактор:*

1. Хиломикроны.
- 2. ЛПВП.**
3. ЛПОНП.
4. ЛПНП.

7. *Резорбционно-некротический синдром при инфаркте миокарда включает:*

- 1. Появление в крови ферментов кардиомиоцитов.**

2. Появление изменений на ЭКГ.
3. Появление в крови кардиотропных аутоантител.
4. Активацию тромбообразования.

8. *Назовите основной гемодинамический показатель, определяющий величину АД:*

- 1.Сопротивление сосудов**
- 2.Реологические свойства крови
- 3.Конценрация адреналина в крови

9. *Укажите депрессорный механизм регуляции артериального давления:*

- 1.Ишемии головного мозга.
- 2.Барорецепторный механизм.**
- 3.Ренин-ангиотензин-альдостероновый механизм.
- 4.Хеморецепторный.

10. *Отметьте клинические проявления синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса:*

1. Повышение АД.
- 2. Потеря сознания.**
3. Гиперемия лица.

Правильные ответы на тестовые задания отмечены «**жирным**» шрифтом.

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
100-91	отлично
90-81	хорошо
80-71	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

- Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 35 лет поступил в хирургическое отделение больницы с жалобами на тошноту, боль в животе, усиливающуюся при перемене положения тела, при кашле, ходьбе, подъеме конечностей. Из анамнеза: боль в нижней правой части живота появилась два дня назад, носила пульсирующий характер, в дальнейшем приобрела разлитой постоянный характер. Объективно: состояние больного средней тяжести, кожа на ощупь горячая, влажная, пальпаторно отмечаются симптомы раздражения брюшины. Температура тела 39⁰. В приемном покое в срочном порядке взята кровь для анализа.

1.Каков предположительный диагноз? Объясните механизмы развития экссудации в патологическом очаге.

2.Какие изменения со стороны крови следует ожидать у больного?

Ответ.

1.У больного острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка.

Один из признаков острого воспаления - экссудация, которая характеризуется выходом жидкой части крови и форменных элементов в очаг воспаления. В патологическом процессе воспаления имеют место две фазы повышения проницаемости сосудов микроциркуляторного русла: **ранняя или преходящая** (мгновенно нарастающая) проницаемость сосудов, обусловленная действием вазоактивных медиаторов (гистамин, лейкотриены); **поздняя пролонгированная** (в течение часов), связанная с преимущественным действием лейкотриенов и цитокинов (ИЛ1,ФНО- α , γ -интерферон). Экссудация в очаге воспаления обусловлена как прямым повреждением сосудов микроциркуляторного русла, так и эффектами медиаторов воспаления. Осуществляется тремя путями: через межэндотелиальные щели, через тело эндотелиальных клеток по специализированным каналам, а также микропиноцитозом в виде активного проведения мельчайших капель через тело клетки. Важное значение имеет и увеличение гидростатического давления при венозной гиперемии, а также на более поздних этапах увеличение осмотического и онкотического давления в ткани. Сосудистые русло вначале покидает вода, мелкодисперсные белки-альбумины, крупнодисперсные-глобулины, и даже фибриноген. Затем происходит эмиграция лейкоцитов. ПМЯ-лейкоциты и моноциты выходят через межэндотелиальные щели, алимфоциты-через тело эндотелиальной клетки. Важное значение в эмиграции лейкоцитов принадлежит хемотаксису, изменению рН очага воспаления и электропотенциалу лейкоцитов и эндотелиоцитов сосудистой стенки. В результате выхода из сосудистого русла воды, белков и форменных элементов крови образуется воспалительный экссудат.

2.При развитии острого воспаления у больного в общем анализе крови следует ожидать: увеличение общего количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением палочкоядерных и появлением юных форм нейтрофилов, значительное повышение СОЭ, увеличение С-реактивного белка.

Задача 2.

Больная, 30 лет обратилась к врачу-аллергологу с жалобами на появление красных зудящих пятен на коже лица в холодную погоду. Отмечает также, что при умывании холодной водой у нее возникает зуд и резкий отек кожи в месте соприкосновения с водой.

Холодовая экспозиционная проба на коже плеча путем прикладывания кубика льда в течение 30 сек. была резко положительна. На месте прикладывания кусочка льда возникла гиперемия, волдырь.

1.Какая патология имеет место у больной? Что выполняет роль аллергена в данном случае?

2.Укажите тип и патофизиологические механизмы аллергической реакции, имеющей место при данной патологии.

Ответ.

1. У больной один из видов аллергических реакций - **холодовая аллергия (холодовая крапивница)**. Крапивница - распространенное аллергическое заболевание кожи, которое вызывается влиянием внешних (в том числе и погодных) и внутренних факторов (очаги инфекции, интоксикации, нервно-вегетативные дисфункции). Крапивница вовлекает в процесс поверхностную дерму и характеризуется ограниченными волдырями с приподнятыми очерченными границами и бледными центрами, волдыри могут сливаться. В конкретном случае роль пускового фактора развития крапивницы выполняет низкая внешняя температура, действующая на кожные покровы и слизистые лица. При температуре ниже 4°C в организме происходит выработка иммуноглобулинов класса M, которые носят название холодовых аутоантител. Данные иммуноглобулины взаимодействуют с антигенами, фиксированными на мембранах эритроцитов больного, что и приводит к запуску аллергической реакции при действии низкой т°.

2. Крапивница протекает по немедленному типу аллергии. Общим патогенетическим звеном этих реакций является повышение проницаемости сосудов и развитие острого отека в окружающей области. Ведущим механизмом развития крапивницы является реагиновый механизм повреждения, в отдельных случаях - иммунокомплексный. При сенсибилизации аллергеном (холодовой фактор) в организме накапливаются IgE, IgG, IgM. При повторном контакте с аллергеном происходит фиксация IgE и IgG на мембранах клеток (реагиновый механизм аллергии) или отложение на поверхности сосудистой стенки иммунных комплексов IgG, IgM+ антител (иммунокомплексный механизм аллергии), образовавшихся в крови. При реагиновом типе аллергических реакций в результате взаимодействия аллергена с антителами (IgE и IgG), фиксированными на мембранах тучных клеток и базофилов происходит их дегрануляция с образованием большого количества медиаторов немедленной аллергии. При иммунокомплексном типе процесс дегрануляции клеток-мишеней происходит под влиянием анафилотоксина, в качестве которого выступают C3a- и C5a-компоненты комплемента. Образовавшиеся в результате дегрануляции медиаторы немедленного типа аллергии инициируют развитие острой воспалительной реакции, проявления которой обуславливают клиническую картину заболевания.

Задача 3.

«Больной С., 20 лет. В течение трех дней беспокоит кашель, насморк, субфебрильная температура. Принимал амидопирин. На четвертый день заметил подкожные кровоизлияния на коже груди и конечностях, были повторные носовые кровотечения.

Объективно: распространенные петехиальные и подкожные кровоизлияния. Положительные симптомы щипка и жгута. В остальном - без особенностей.»

Задание:

1. Какое нарушение гемостаза развилось у больного С.?
2. Дайте патогенетическое обоснование клиническим и лабораторным проявлениям.

Ответ.

1. У больного С., вероятно, развился геморрагический диатез.

2. Появление геморрагии, возможно, связано с применением амидопирина. Амидопирин приводит к тромбоцитопении, которая связана с усиленным разрушением тромбоцитов в результате иммунологического конфликта. Известно, что одним из побочных эффектов амидопирина является развитие аллергической реакции по цитотоксическому типу. Таким образом, у больного С., очевидно, развилась тромбоцитопеническая пурпур. Уменьшение количества тромбоцитов, а также их повреждение (комплексами Ig M + G + АГ + комплемент) приводит как к нарушению процессов образования тромбоцитарного тромбопластина (нарушаются процессы агрегации и лизиса), так и к снижению ретракции кровяного сгустка, являющейся заключительным этапом процесса свертывания крови (дефицит ретрактоэнзимов в тромбоцитах). Следствием этих изменений является увеличение времени кровотечения, что клинически проявляется спонтанными геморрагиями.

Задача 4.

«Больной Г., 43 года. При обследовании выявлена пептическая одиночная язва в проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки. Из анамнеза в медицинской карте имеются сведения, что больной Г. 1,5 года назад перенес операцию по поводу язвы желудка и имеет сопутствующее заболевание - гиперпаратиреоз.

Объективно: повышение базальной и стимулированной секреции желудка, в крови уровень гастрин 1000 г/мл (норма до 150 г/мл). Больной Г. предъявляет жалобы на диарею.

Задание:

1. Каков возможный механизм развития рецидива язвы в двенадцатиперстной кишке у больного Г.?
2. Может ли гиперпаратиреоз влиять на развитие язвы?
3. Каков механизм диареи у больного Г.?

Ответ

1. Оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни не всегда освобождает пациентов от этого недуга, ибо возможность рецидивов язвенной болезни достаточно высока. Очевидно, что простая гастроэнтеростомия и ушивание язвы не изменяют активности агрессивных факторов, сохраняется влияние

парасимпатической нервной системы, образование гастрина в антравальном отделе желудка.

2. Гиперпаратиреоз и, как следствие, гиперкальциемия, имеют прямое, стимулирующее влияние на секрецию кислоты в желудке, что обнаруживается также у больных с синдромом Золлингера-Эллисона. Известно, что внутривенное введение кальция и у здоровых людей стимулирует секрецию кислоты. Кальций стимулирует высвобождение гастрина из G-клеток, т.к. он является внутриклеточным регулятором секреторной функции и реализует свое действие через цАМФ. Комплекс внутриклеточного Ca^{2+} с кальмодулином активирует реакции клеток на холинерическую импульсацию и гистамин. Известно, что гиперпаратиреоз нередко сопровождается развитием пептических язв в желудке. Устранение гиперкальциемии за счет удаления паращитовидных желез приводит к снижению как базальной секреции кислоты, так и уровня гастрина в крови.

3. После резекции желудка развиваются изменения, связанные с ограничением абсорбции ионов железа и кальция. При наложении гастродуоденального анастомоза нарушается ритмическое фазовое взаимодействие органов пищеварения, развивается панкреобилиарная асинхрония, страдает процесс переваривания. В пострезекционном периоде может проявиться латентный дефицит лактозы в результате быстрой эвакуации пищи из желудка в кишечник. Клинически эта ферментопатия проявляется метеоризмом, болями в животе и поносами.

Задача 5.

Больная В., 35 лет. Жалобы на слабость, головокружение, появление кровоподтеков без видимых причин. Больна 4 месяца.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с петехиями и экхимозами. Миндалины не увеличены, патологии легких и сердца не обнаружено, печень и селезенка не пальпируются.

Дополнительные исследования: анализ крови: Нв - 80 г/л, Эр. - 2,4 x $10^{12}/л$, лейкоциты - 2 x $10^9/л$, тромбоциты - 20,0 x $10^9/л$, СОЭ- 42 мм/час.

Задание:

1. Какой вид нарушения гемостаза отмечается у больной В.?
2. Объясните механизм возникновения геморрагий и панцитопении у больной В.

Ответ.

1. У больной В. отмечается склонность к повышенной кровоточивости или геморрагический диатез.

2. Геморрагии у больной В. связаны со снижением количества тромбоцитов в периферической крови, т.е. тромбоцитопенией. В основе формирования тромбоцитопении лежат три важнейших механизма; нарушение образования пластинок в костном мозге, усиленное разрушение тромбоцитов в результате иммунологического конфликта цитотоксического типа и усиленный их распад в селезенке из-за спленомегалии. У больной В.

наряду с тромбоцитопенией отмечается уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов, что свидетельствует о развитии анемии. Причем, отсутствие ретикулоцитов в анализе крови указывает на гипорегенеративный характер анемии. В сочетании с тромбоцитопенией и анемией отмечается резкое снижение количества лейкоцитов. Такие изменения в крови больной В. свидетельствуют о панцитопении, т.е. снижении количества всех форменных элементов крови. Следовательно, можно сделать предположение, что поражение идет на уровне полипotentной стволовой клетки кроветворной системы, вследствие чего наблюдаемые изменения, в том числе и геморрагии, вероятно, связаны с непосредственным поражением костного мозга.

Критерии оценивания:

Отметка	Описание
отлично	Демонстрация полного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию, делать выводы Демонстрация увереных навыков решения ситуации Демонстрация профессионального мышления
хорошо	Демонстрация значительного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию Демонстрация навыков решения ситуаций Демонстрация профессионального мышления
удовлетворительно	Демонстрация частичного понимания проблемы. Демонстрация недостаточной способности анализировать ситуацию Демонстрация недостаточных навыков решения ситуаций
неудовлетворительно	Демонстрация непонимания проблемы. Не было попытки решить задачу.

- Устный опрос, собеседование

Перечень вопросов к промежуточной аттестации:

1. Предмет и задачи патофизиологии. Роль патофизиологии в системе медицинских знаний.
2. Основные методы патофизиологии. Патофизиологический эксперимент и его характеристика. Морально-этические аспекты экспериментирования на животных.
3. Основные этапы развития патофизиологии. Ведущая роль отечественных ученых в ее становлении и развитии.

4. Основные понятия общей нозологии: этиология, патогенез, патологический процесс, патологическое состояние, типовые патологические процессы.
5. Современные представления об этиологии. Этиотропная терапия.
6. Понятие о патогенезе. Причинно-следственные отношения в патогенезе. Ведущие звенья в патогенезе, «порочные круги». Патогенетическая терапия.
7. Виды реактивности. Структура индивидуальной реактивности.
8. Роль пола и возраста в реактивности и резистентности организма.
9. Роль наследственности и конституции в реактивности организма.
10. Основные принципы классификации конституциональных типов.
11. Приобретенная реактивность: биологические и социальные факторы, влияющие на ее формирование.
12. Механизмы формирования приобретенной реактивности. Роль исходного функционального состояния в реактивности организма.
13. Роль нервной системы в механизмах реактивности организма.
14. Роль эндокринной системы и обмена веществ в механизмах реактивности организма.
15. Роль иммунологических механизмов в реактивности организма.
16. Понятие о наследственности. Методы изучения наследственных болезней.
17. Классификация наследственных болезней: а) по соотносительной роли наследственности и окружающей среды; б) в зависимости от уровня поражения аппарата наследственности.
18. Врожденные болезни. Фенокопирование и его причины.
19. Этиология наследственных болезней. Мутации и их причины.
20. Закономерности передачи по наследству доминантных, рецессивных и сцепленных с полом заболеваний.
21. Общий патогенез наследственных заболеваний молекулярного уровня.
22. Наследственные энзимопатии и механизмы их развития.
23. Механизмы наследственного предрасположения к развитию болезней.
24. Хромосомные болезни и механизмы их развития.
25. Изолянты, имбридинг и их роль в патологии наследственности. Принципы профилактики и возможные методы лечения наследственной болезни.
26. Патогенное действие низкой температуры на организм. Характеристика форм и стадий перегревания.
27. Патогенез гипертермии. Расстройства терморегуляции.

28. Патогенное действие высокой температуры на организм. Стадии гипертермии.
29. Патогенное действие электрического тока на организм. Факторы, определяющие исход электротравмы. Причины смерти при электротравме.
30. Повреждающее действие ионизирующих излучений на клеточном уровне.
31. Понятие о радиорезистентности и радиопоражаемости тканей. Механизмы действия ионизирующей радиации на системном и организменном уровнях.
32. Формы лучевой болезни. Патогенез острой (гемической) формы. Панцитопенический синдром.
33. Отдаленные эффекты ионизирующей радиации.
34. Типовые нарушения периферического кровообращения. Их виды, этиология, проявления.
35. Общие феномены нарушения микроциркуляции.
36. Гиперемия. Виды, причины, механизмы развития.
37. Артериальная гиперемия. Виды, особенности микроциркуляции, механизмы развития, общие проявления, последствия.
38. Венозная гиперемия. Причины возникновения, механизмы развития, внешние проявления, особенности микроциркуляции, последствия.
39. Ишемия. Причины возникновения, классификация, механизмы развития, проявления, особенности микроциркуляции, исходы.
40. Тромбоз и эмболия. Причины, механизмы развития, исходы.
41. Понятие о воспалении. Этиология воспаления.
42. Классификация воспаления (по этиологии, длительности, характеру эксудата, превалированию процессов в очаге воспаления).
43. Признаки воспаления: морфологические, физико-химические, клинические.
44. Ведущие звенья патогенеза острого воспаления.
45. Первичная и вторичная альтерация, механизмы развития.
46. Медиаторы воспаления, их общие биологические эффекты.
47. Эксудация и ее механизмы.
48. Эмиграция лейкоцитов в очаге воспаления и ее механизмы. Роль фагоцитоза в патогенезе воспаления.
49. Нарушение микроциркуляции и гемореологии в очаге воспаления.
50. Пролиферация в очаге воспаления и ее механизмы. Исходы воспаления.
51. Условия, необходимые для развития гнойного воспаления. Состав гноя.
52. Условия, необходимые для развития хронического воспаления.
53. Виды хронического воспаления. Состав гранулемы.

54. Общие реакции при воспалении.
55. Биологическое значение воспаления. Общие принципы патогенетической терапии воспаления и их обоснование.
56. Определение понятия «лихорадка». Этиология лихорадки.
57. Пирогены. Их виды и механизмы действия.
58. Особенности теплообмена на разных стадиях лихорадки. Механизмы повышения температуры тела при лихорадке.
59. Механизмы дрожи при лихорадке.
60. Механизмы жара при лихорадке.
61. Механизмы потоотделения при лихорадке.
62. Основные отличия механизмов развития лихорадки и эндогенного перегревания.
63. Изменения обмена веществ и физиологических функций при лихорадке.
64. Биологическое значение лихорадочной реакции. Патофизиологические принципы жаропонижающей терапии. Понятие пиротерапии.
65. Нарушения энергетического обмена. Причины, механизмы развития, последствия.
66. Нарушения расщепления и всасывания углеводов. Причины, механизмы развития, последствия.
67. Нарушения межуточного обмена углеводов. Причины, механизмы развития, последствия.
68. Этиология и патогенез гипергликемии.
69. Этиология и патогенез гипогликемии.
70. Нарушения расщепления и всасывания белков. Причины, механизмы развития, последствия.
71. Расстройства межуточного обмена белков. Нарушения синтеза и катаболизма белков, нарушения превращения аминокислот.
72. Нарушения конечных этапов метаболизма белков. Расстройства связывания и выведения токсических продуктов азотистого обмена.
73. Основные проявления нарушения азотистого баланса, их механизмы.
74. Нарушения расщепления и всасывания жиров. Причины, механизмы развития, последствия.
75. Гиперлипемия. Виды, механизмы развития.
76. Нарушения межуточного обмена жиров (общее ожирение, повышение мобилизации жира из депо, ожирение печени, нарушение превращения жирных кислот).

77. Роль свободно-радикального окисления липидов в патологии.
78. Нарушение обмена холестерина. Гиперхолестеремия. Роль нарушений липидного обмена в патогенезе атеросклероза.
79. Ацидоз. Виды, причины, механизм развития, компенсаторные реакции в организме, последствия для организма.
80. Алкалоз. Виды, причины, механизм развития, компенсаторные реакции в организме, последствия для организма.
81. Нарушения электролитного обмена.
82. Основные механизмы формирования отеков.
83. Голодание и его причины. Социальные причины голода. Изменение обмена веществ и физиологических функций в разные периоды голодания.
84. Определение понятия «гипоксия». Гипоксия как патогенетический фактор различных заболеваний.
85. Этиология, патогенез и виды гипоксии.
86. Оксигенация крови при различных видах гипоксии.
87. Нарушения обмена веществ и физиологических функций при гипоксии.
88. Механизмы срочной и долговременной адаптации к гипоксии. Патофизиологические основы профилактики и терапии гипоксии.
89. Нарушения в системе факторов естественной резистентности и их связь с иммунологической реактивностью. Патология фагоцитоза.
90. Иммунодефицитные состояния (первичные, вторичные). Патогенетическая классификация приобретенных иммунодефицитов.
91. Понятие об аллергии. Классификация аллергических реакций.
92. Классификация экзо- и эндоаллергенов.
93. Сенсибилизация и ее механизмы при аллергии немедленного и замедленного типов.
94. Стадии аллергических реакций. Их краткая характеристика.
95. Патогенез аллергических реакций немедленного типа.
96. Общие биологические эффекты медиаторов немедленной аллергии.
97. Патогенез аллергических реакций замедленного типа.
98. Общие биологические эффекты медиаторов замедленной аллергии.
99. Механизмы развития аутоаллергии.
100. Понятие о шоке как типовом патологическом процессе. Этиология и виды шока.
101. Стадии шока. Ведущие звенья патогенеза шоковых состояний. Патогенетическая классификация стадий шока.

102. Нейро-эндокринные нарушения при шоке.
103. Нарушения системной гемодинамики и микроциркуляции при шоке.
104. Метаболические нарушения при шоке. Необратимые изменения. Понятие «травматической болезни».
105. Общие принципы патогенетической терапии шока.
106. Стресс. Этиология, стадии, общий патогенез стресса.
107. Нарушения в организме при стрессе.
108. Роль стресса в возникновении патологических процессов и заболеваний.
109. Понятие об опухолях. Этиология опухолей.
110. Роль нарушений реактивности организма в возникновении и развитии опухолей (значение наследственных факторов, изменения со стороны нервной, эндокринной и иммунной систем).
111. Инициальные (клеточные) механизмы канцерогенеза.
112. Биологические особенности опухолей.
113. Автономность роста опухолей и ее механизмы.
114. Инвазивность роста опухолей, ее механизмы. Метастазирование, пути, механизмы.
115. Опухолевая прогрессия. Системное действие опухоли на организм (влияние на нервную, эндокринную, иммунную системы и обмен веществ).
116. Понятие об эритроне. Нарушение регуляции эритропоэза. Патологические формы эритроцитов.
117. Эритроцитозы и эритремия. Этиология, виды и механизмы развития.
118. Анемии. Определение, патогенетическая классификация. Общие проявления при анемиях.
119. Острая и хроническая постеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, картина крови.
120. Железодефицитные анемии. Этиология, патогенез, картина крови.
121. Анемии при недостатке витамина В₁₂ и фолиевой кислоты. Этиология, патогенез, картина крови.
122. Гипо- и апластические анемии. Этиология, патогенез, картина крови.
123. Нарушения физиологических функций и компенсаторно-приспособительные реакции при анемиях.
124. Лейкоцитарная формула и ее нарушения в условиях патологии.
125. Лейкоцитозы и их виды. Причины. Фазы лейкоцитарной реакции при инфекционном процессе.

126. Лейкопении. Причины и механизмы развития.
127. Понятие о лейкозе. Классификация и этиология лейкозов.
128. Общий патогенез лейкозов. Общие проявления лейкозов. Механизм их развития.
129. Особенности кроветворения и клеточного состава периферической крови при разных видах лейкозов.
130. Механизм гемостаза. Классификация расстройств гемостаза.
131. Ангиопатии. Виды, этиология, патогенез.
132. Тромбоцитопатии. Виды, этиология, патогенез.
133. Коагулопатии. Виды, этиология, патогенез.
134. Фибринолитическая система. Нарушения фибринолиза.
135. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (тромбогеморрагический синдром).
136. Изменения общего объема крови: гипо- и гиперволемия. Виды, этиология, патогенез.
137. Острая кровопотеря и постгеморрагический синдром. Ведущие звенья патогенеза.
138. Защитно-приспособительные и компенсаторные реакции при кровопотере. Принципы патогенетической терапии.
139. Сердечные аритмии. Их виды, этиология.
140. Аритмии вследствие расстройств автоматизма сердца. Виды, механизмы развития.
141. Аритмии вследствие сочетанных расстройств возбудимости и проводимости. Виды, общий патогенез.
142. Экстрасистолия и пароксизмальная тахикардия. Виды, механизмы развития.
143. Трепетание предсердий. Этиология, механизм развития.
144. Фибрилляция предсердий и желудочков. Механизм развития. последствия для организма.
145. Блокада проводимости сердца. Виды, механизмы развития.
146. Нарушения сократимости сердца. Проявления, механизмы развития.
147. Недостаточность кровообращения. Ее формы, проявления.
148. Сердечная недостаточность. Этиология, механизмы развития и основные проявления.
149. Механизмы компенсации сердечной недостаточности.

150. Гипертрофия миокарда. Механизмы развития. недостаточность гипертрофированного сердца.
151. Нарушения коронарного кровообращения. Этиология и патогенез инфаркта миокарда. Экспериментальное воспроизведение.
152. Недостаточность сердца при патологии перикарда. Механизмы развития, проявления.
153. Артериальные гипертензии. Патогенетическая классификация гипертензивных состояний.
154. Гемодинамические показатели и формы артериальной гипертензий.
155. Роль нарушений нервной регуляции в патогенезе артериальной гипертензии.
156. Роль почечных прессорных и депрессорных механизмов в патогенезе артериальных гипертензий.
157. Роль изменения состояния сосудистой стенки в механизмах развития артериальных гипертензий.
158. Роль ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в механизме развития артериальных гипертензий.
159. Экспериментальное воспроизведение артериальных гипертензий. Принципы лечения гипертензий.
160. Артериальная гипотензия (острая и хроническая). Этиология, патогенез.
161. Понятие о дыхательной недостаточности. Формы и этиологические факторы дыхательной недостаточности.
162. Показатели дыхательной недостаточности.
163. Патологические формы дыхания и их механизмы: одышка, периодическое и терминальное дыхание.
164. Расстройства альвеолярной вентиляции. Обструктивный и рестриктивный типы нарушения вентиляции. Нарушения альвеоло-капиллярной диффузии.
165. Нарушение перфузии легких. Неравномерность вентиляционно-перфузионных отношений. Недостаточность легочной перфузии. Отек легких.
166. Недостаточность пищеварительных систем. Понятие. Этиология. Основные механизмы и проявления.
167. Расстройства пищеварения в ротовой полости.
168. Нарушения пищеварения в желудке. Этиология, патогенез, проявления.
169. Нарушения пищеварения в 12-перстной кишке и тонком кишечнике.
170. Нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

171. Понятие о печеночной недостаточности. Этиология, общие проявления.
172. Нарушения обмена веществ при печеночно-клеточной недостаточности.
173. Нарушения барьерной и детоксикационной функции печени.
174. Нарушения портального кровообращения (синдром портальной гипертензии).
175. Гепато-церебральная недостаточность.
176. Печеночная кома. Основные механизмы развития.
177. Надпеченочная желтуха. Этиология, патогенез расстройств билирубинового обмена.
178. Печеночная желтуха. Этиология, патогенез расстройств билирубинового обмена.
179. Подпеченочная желтуха. Этиология, патогенез расстройств билирубинового обмена.
180. Экстракоронарные и ренальные причины нарушения функции почек. Расстройства клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, секреции и экскреции.
181. Основные нарушения функции почек и их проявления. Изменение диуреза и состава мочи.
182. Ренальные и экстракоронарные проявления патологии почек.
183. Этиология и патогенез нефротического синдрома. Механизмы формирования основных проявлений нефротического синдрома.
184. Этиология и патогенез острой почечной недостаточности (ОПН). Механизмы формирования основных проявлений ОПН.
185. Этиология и патогенез хронической почечной недостаточности (ХПН). Механизмы формирования основных проявлений ХПН.
186. Экспериментальное моделирование патологии почек.
187. Характеристика нейро-гуморального регуляторного механизма как функциональной системы и его нарушения при эндокринной и неэндокринной патологии.
188. Нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции функции желез внутренней секреции. Повреждение механизма саморегуляции в нейро-эндокринной системе.
189. Транс- и парагипофизарные механизмы регуляторных расстройств.
190. Первичные нарушения синтеза гормонов в периферических эндокринных железах. Генетически обусловленные дефекты биосинтеза гормонов.

191. Периферические (внежелезистые) формы эндокринных расстройств нарушения связывания, утилизации и метаболизма гормонов. Изменения реактивных свойств гормональных рецепторов.
192. Патология гипоталамо-аденогипофизарной системы. Парциальная и тотальная гипо- и гиперфункция передней доли гипофиза.
193. Патология гипоталамо-нейрогипофизарной системы.
194. Патология коры надпочечников. Парциальная и тотальная гиперфункция.
195. Гиперкортизолизм. Этиология, патогенез, основные проявления.
196. Альдостеронизм. Этиология, патогенез, основные проявления.
197. Адреногенитальные синдромы. Этиология, патогенез, основные проявления.
198. Острая и хроническая недостаточность коры надпочечников.
199. Гипертиреоз. Этиология, патогенез, основные проявления.
200. Гипотиреоз. Этиология, патогенез, основные проявления.
201. Патология околощитовидных желез: гипер- и гипопаратиреоз. Этиология, патогенез, основные проявления.
202. Патология половых желез: гипо- и гипергонадизм у женщин. Этиология, патогенез, основные проявления.
203. Патология половых желез: гипо- и гипергонадизм у мужчин. Этиология, патогенез, основные проявления.
204. Этиология и патогенез сахарного диабета.
205. Нарушения обмена веществ при сахарном диабете. Патогенез диабетической комы.
206. Возможные проявления при сахарном диабете, связанные с нарушениями углеводного обмена.
207. Возможные проявления при сахарном диабете, связанные с нарушениями белкового обмена.
208. Возможные проявления при сахарном диабете, связанные с нарушениями липидного обмена.
209. Механизм формирования атеросклероза при сахарном диабете.
210. Механизм формирования ангиопатий при сахарном диабете.
211. Возможные осложнения сахарного диабета.
212. Общие принципы лечения сахарного диабета.
213. Общая этиология и общий патогенез расстройств функции нервной системы. Нарушения функций нейрона, глии, синаптической передачи.

214. Сенсорные нарушения. Различные уровни расстройств чувствительности. Их виды и механизмы развития.
215. Патофизиология ретикулярной формации.
216. Патофизиология гипоталамуса. Понятие о дизэнцефальных синдромах.
217. Нарушение функций вегетативной нервной системы. Виды, механизмы. Понятие о вегетативных дистониях.
218. Нарушения двигательной функции нервной системы. Пирамидные и экстрапирамидные расстройства.
219. Патофизиология экстрапирамидных расстройств.
220. Нарушения трофической функции нервной системы. Нейродистрофии. Механизмы их развития.
221. Спинальный шок. Этиология, нарушения в организме.
222. Синдром Браун-Секара. Этиология, основные проявления.
223. Основные проявления ваго-инсулярного криза.
224. Основные проявления сипато-адреналового криза.
225. Основные теории нервных дистрофий и их обоснование.
226. Морфологические проявления нервных дистрофий на уровне клетки и органа.
227. Нарушения высшей нервной деятельности. Понятие о неврозах. Биологические и социальные объекты этиологии и патогенеза неврозов.
228. Этиология боли.
229. Патогенез острой боли.
230. Патогенез хронической боли.
231. Изменения в организме при боли. Общие принципы лечения боли.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Описание
отлично	Отметкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
хорошо	Отметкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных процессов изучаемой предметной

	области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
удовлетворительно	Отметкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании процессов изучаемой предметной области, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
неудовлетворительно	Отметкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

8.Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>Пороговый</i>	<i>Достаточный</i>	<i>Высокий</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется пороговый, удовлетворительный уровень устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности, устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности, высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка	Оценка	Оценка «хорошо»	Оценка «отлично»
--------	--------	-----------------	------------------

«неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	«удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	(зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	(зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Несспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительно м уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельно е применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам,что подтверждает наличие сформированно й компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельност и в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.