

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 11.02.2022 11:55:06
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f31

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Ректор Л.М. Железнов
«28» февраля 2020 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Специальность: 31.08.07 Патологическая анатомия

Форма обучения: очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра патологической анатомии

Рабочая программа дисциплины разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 г. № 1049.

2) Учебного плана по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 28.02.2020 г., протокол № 2.

3) Профессионального стандарта «Врач-патологоанатом», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «14» марта 2018 г., приказ № 131н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой патологической анатомии «12» февраля 2020 г., протокол № 7

Зав. кафедрой д.м.н., профессор А.Е. Колосов

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «20» февраля 2020 г. (протокол № 2)

Председатель методической комиссии Е.Г. Шушканова

Центральным методическим советом «28» февраля 2020 г. (протокол № 4)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

доцент кафедры патологической анатомии Д.Е. Мильчаков

Рецензенты:

Зав кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО Кировский ГМУ
Минздрава России, д.м.н., профессор

А.Е Мальцев

Зав. патологоанатомическим отделением № 2, к.м.н.

О.В. Машковцев

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины	4
1.2. Задачи изучения дисциплины	4
1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Планируемые результаты обучения по дисциплине - знания, умения, навыки, характеризующие этапы формирования компетенций и обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы ординатуры	5
Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы	8
Раздел 3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины	8
3.2. Разделы дисциплины и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	10
3.3. Разделы дисциплины и виды занятий	10
3.4. Тематический план лекций	11
3.5. Тематический план практических и семинарских занятий	13
3.5.1. Тематический план семинарских занятий	13
3.5.2. Тематический план практических занятий	15
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	17
3.7. Лабораторный практикум	19
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	19
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины	19
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	19
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины	19
4.2.1. Основная литература	20
4.2.2. Дополнительная литература	20
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины	20
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине, программного обеспечения и информационно-справочных систем	21
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине	21
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины	22
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	24
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине	24

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины

Цель изучения дисциплины «Патологическая анатомия» состоит в подготовке квалифицированного врача-специалиста патологоанатома и развитии профессиональной компетентности на основе формирования системных знаний по патологической анатомии для применения их в практической деятельности врача-патологоанатома в условиях реальной врачебной практики с учетом стандартов и требований современной системы здравоохранения при оказании качественной медицинской помощи населению.

1.2. Задачи изучения дисциплины

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения патологоанатомическими методами исследования;

организационно-управленческая деятельность:

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

Задачами изучения дисциплины также являются:

– углубить знания ключевых понятий патологической анатомии и организации патолого-анатомической службы;

– освоить методику вскрытия умершего взрослого и ребенка, плода.

– освоить методику морфологической диагностики послеоперационного, биопсийного и аутопсийного материала.

– изучить нозологические формы, относящиеся к компетенции врача-патологоанатома.

1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП.

Дисциплина относится к блоку Б1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины, формируются при изучении дисциплин уровня специалитета.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Патологическая анатомия заболеваний челюстно-лицевой области, Особенности обработки трупного материала при судебно-медицинских вскрытиях, Эндоскопическая и пункционная биопсийная диагностика заболеваний, Онкоморфология: иммуногистохимическая и молекулярно-генетическая диагностика опухолей.

1.4. Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются: физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые); биологические объекты; совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- профилактическая,

- диагностическая,

- организационно-управленческая.

1.6. Планируемые результаты обучения по дисциплине - знания, умения, навыки, характеризующие этапы формирования компетенций и обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы ординатуры

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
		Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для текущего контроля
1	2	3	4	5	6	7
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	методы и приемы философского анализа форм и методов научного познания окружающего мира, социально значимых процессов и проблем; методы решения интеллектуальных задач в медицине; методы анализа патологических процессов; программные средства представления информации.	анализировать социально-значимые проблемы; процессы возникновения и развития патологических состояний и заболеваний; выявлять закономерности общепатологических процессов.	навыками грамотного и самостоятельного анализа и оценки социально значимых проблем, а также ситуации в здравоохранении в России и за ее пределами, и осуществления своей деятельности с учетом результатов этого анализа; использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной деятельности в области патологической анатомии; навыками работы с текстовыми и графическими редакторами – инструментами сбора, обработки, анализа и систематизации информации; применения научно-медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта в области достижений современной медицины и патологической анатомии	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
ПК-1	готовность к осуществлению комплексных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление	-основные закономерности жизнедеятельности организма человека на основе структурной организации клеток, тканей и органов; - морфофункциональные системы организма человека, их регуляцию и саморегуляцию при	-осуществлять морфофункциональную оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур человека в связи влиянием факторов среды обитания и их роли в развитии патологических процессов и	-навыками использования методов клинко-анатомического анализа при оценке роли природных и медико-социальных факторов среды обитания человека в развитии болезней и патологических процессов с целью	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических

	здоровья и включающ их в себя формирова ние здорового образа жизни, предупреж дение возникнове ния и (или) распростра нения заболевани й, их раннюю диагностик у, выявление причин и условий их возникнове ния и развития, а также направленн ых на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	взаимодействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; - формы и методы санитарно-просветительской работы.	заболеваний человека.	осуществления профилактических мероприятий; - разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения.	ких случаев	навыков
ПК-3	готовность к применени ю социально-гигиеничес ких методик сбора и медико-статистиче ского анализа информации о показателя х здоровья взрослых и подростков	директивные документы, регламентирующие отраслевую статистическую отчетность; - показатели здоровья населения; - показатели распространенности заболеваний, заболеваемости и смертности; -основы медико-социальной экспертизы; -медико-статистический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	собрать данные для медико-статистического анализа; -использовать информационные компьютерные системы в здравоохранении; - проанализировать результаты исследования.	способностью анализировать и интерпретировать результаты медико-статистических исследований о показателях заболеваемости и смертности.	Собеседо вание по ситуацио нным задачам, письмен ное тестиров ание, доклад, разбор клиничес ких случаев	Собеседо вание по ситуацио нным задачам, письмен ное тестиров ание, прием практиче ских навыков
ПК-4	готовность к определени ю у пациентов патологиче ских состояний, симптомов, синдромов заболеваний	-учения о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом , синдромологическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, синдромах; - танатогенезе; - принципы оформления	-собрать предварительную необходимую информацию об исследуемых объектах перед патолого-анатомическим исследованием; - произвести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и	навыками оценки предварительной информации перед вскрытием или биопсий-ном исследовании; - осмотра и вскрытия трупа; - проведения проб на воздушную и жировую эмболию; -на наличие воздуха в	Собеседо вание по ситуацио нным задачам, письмен ное тестиров ание, доклад, разбор	Собеседо вание по ситуацио нным задачам, письмен ное тестиров ание, прием практиче

	й, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти.	точно описать изменения в органах и тканях трупа; - провести вскрытие умерших (новорожденных, мертворожденных и плодов), учитывая связь с пре- и перинатальной патологией с течением беременности и родов у матери; -провести дифференциальную диагностику с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний; - поставить и обосновать патолого-анатомический (патогистологический) диагноз; -заполнить медицинское свидетельство о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти.	плевральных полостях; проб на ишемию миокарда; -раздельного взвешивания отделов сердца; - морфометрических исследований; - выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей; - макроскопического описания органов и тканей, при необходимости фотографирования и зарисовки; -взятия из присланного материала кусочков (участков) для последующего микроскопического исследования - исследования гистологических препаратов (секционного, операционного и биопсийного материала); -отбора гистологического препарата для микрофотографирования	клинических случаев	ских навыков
ПК-5	готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов	-законодательные и директивные документы, регламентирующие отраслевую статистическую отчетность; -методы морфологического исследования и диагностики объектов исследования. - правила взятия, упаковки и направления биопсийного материала -методы выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей	провести сличение клинического и патологоанатомического диагноза, оценить тактику ведения больного на основании анализа истории болезни и представленной медицинской документации; -в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы государственной статистики новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» или -оформления клинико-анатомического эпикриза; - составления отчетов по заболеваемости и смертности. «взамен	- навыками составления отчетов по заболеваемости и смертности.	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков

			окончательного»			
ПК-8	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	методы медицинской статистики.	проводить медико-статистический анализ качества прижизненной диагностики и лечения; анализировать показатели своей практической работы; оказывать консультативную помощь врачам-патологоанатомам и врачам других медицинских специальностей.	- навыками подготовки и проведения клинико-анатомических конференций; - подготовки отчетов и формулировки выводов на основе анализа данных; - оценки качества диагностической и лечебно-профилактической помощи.	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 31 зачетную единицу, 1116 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		№ 1	№ 2	№ 3	№ 4
1	2	3	4	5	6
Контактная работа (всего)	342	74	86	74	108
в том числе:					
Лекции (Л)	38	8	10	8	12
Практические занятия (ПЗ)	154	34	38	34	48
Семинары (С)	150	32	38	32	48
Лабораторные занятия (ЛР)					
Самостоятельная работа (всего)	630	142	166	142	180
В том числе:					
- подготовка к занятиям	212	48	56	48	60
- подготовка к текущему контролю	209	47	55	47	60
- подготовка к промежуточной аттестации	209	47	55	47	60
Вид промежуточной аттестации	экзамен	144	36	36	36
Общая трудоемкость (часы)	1116	252	288	252	324
Зачетные единицы	31	7	8	7	9

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела
1	2	3	4
1	УК -1, ПК -1, 3,4,5,8	Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Структура патологоанатомической службы страны: ПАО, ЦПАО, ПАБ. Патологоанатомическая документация, правовые, инструктивные, регламентирующие документы. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Клинико-анатомические конференции. Организация работы подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий.
2	УК -1, ПК -1, 3,4,5,8	Общая патология	Некроз, апоптоз. Характеристика разных видов дистрофии. Нарушения кровообращения. Экссудативное воспаление. Пролiferативное воспаление. Опухолевый рост

			Морфологическая характеристика, морфогенез и гистогенез опухолей
3	УК -1, ПК -1, 3,4,5,8	Частная патологическая анатомия	Бактериальные кишечные инфекции. Патологическая анатомия болезней органов кровообращения. Патологическая анатомия болезней органов пищеварения. Патологическая анатомия болезней почек и мочевыводящих путей. Патологическая анатомия болезней эндокринной системы. Патологическая анатомия болезней нервной системы. Патологическая анатомия болезней лимфатической и кроветворной систем. Диффузные заболевания соединительной ткани.
4	УК -1, ПК -1, 3,4,5,8	Онкоморфология	Новообразования мягких тканей Новообразования кроветворной и лимфатической систем Новообразования органов дыхания Новообразования органов пищеварения Новообразования органов мочевыделительной системы Новообразования мужских половых органов Новообразования женских половых органов Новообразования молочных желез Новообразования эндокринных желез и АПУД - системы Новообразования кожи Новообразования органов зрения и слуха Новообразования нервной системы Новообразования костной и хрящевой ткани
5	УК -1, ПК -1, 3,4,5,8	Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний	Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний Пункционная биопсия в диагностике заболеваний печени Пункционная биопсия в диагностике заболеваний почек Пункционная биопсия в диагностике заболеваний других органов Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний легких Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта
6	УК -1, ПК -1, 3,4,5,8	Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	Морфофункциональные изменения в органах женщин при беременности. Плацента. Токсикозы беременности (гестозы). Осложнения родов. Гинекологический сепсис. Трофобластическая болезнь. Беременность при экстрагенитальной патологии. Гистофизиология и гистопатология овариально-менструального цикла. Патология эндометрия. Патология шейки матки Патология маточных труб. Патология яичников. Болезни влагалища и наружных половых органов. Опухоли женских половых органов
7	УК -1, ПК -1, 3,4,5,8	Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	Особенности течения общепатологических процессов у детей. Патология пренатального периода. Патология перинатального периода. Патология последа. Иммунные реакции у детей. Инфекционные болезни у детей. Болезни органов кровообращения у детей. Болезни органов дыхания у детей. Болезни органов пищеварения у детей. Болезни почек и мочевыводящих путей у детей. Болезни органов эндокринной системы у детей.

			Болезни обмена у детей. Болезни органов опорно-двигательного аппарата у дете. Диффузные заболевания соединительной ткани. Ревматические болезни. Новообразования у детей. Патоморфоз болезней детского возраста. Патология интенсивной терапии и реанимации. Тератология.
--	--	--	--

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин		
		1	2	3
1	Патологическая анатомия заболеваний челюстно-лицевой области	+	+	
2	Особенности обработки трупного материала при судебно-медицинских вскрытиях	+	+	
3	Эндоскопическая и пункционная биопсийная диагностика заболеваний		+	+
4	Онкоморфология: иммуногистохимическая и молекулярно-генетическая диагностика опухолей		+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	4	12		4	26	46
2	Общая патология	4	12		29	74	119
3	Частная патологическая анатомия	4	24		29	74	131
4	Онкоморфология	6	27		34	114	181
5	Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний	6	27		34	114	181
6	Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	7	25		10	114	156
7	Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	7	27		10	114	158
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен					144
	Итого:	38	154		150	630	1116

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				№ сем. 1	№ сем. 2	№ сем. 3	№ сем. 4
1	2	3	4	5	6	7	8

1	1	Нормативно-правовая база патологоанатомической службы.	Структура патологоанатомической службы страны: ПАО, ЦПАО, ПАБ. Патологоанатомическая документация, правовые, инструктивные, регламентирующие документы. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Клинико-анатомические конференции. Организация работы подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий.			2	
2	1	Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Анализ протоколов вскрытия. Интерпретация диагностических заключений применительно к данному случаю. Сопоставление результатов. Заключение.			2	
3	2	Общая патология	Некроз, апоптоз. Характеристика разных видов дистрофии. Нарушения кровообращения. Экссудативное воспаление. Пролиферативное воспаление. Опухолевый рост Морфологическая характеристика, морфогенез и гистогенез опухолей		1	1	2
4	3	Частная патологическая анатомия	Бактериальные кишечные инфекции. Патологическая анатомия болезней органов кровообращения. Патологическая анатомия болезней органов пищеварения. Патологическая анатомия болезней почек и мочевыводящих путей. Патологическая анатомия болезней эндокринной системы. Патологическая анатомия болезней нервной системы. Патологическая анатомия болезней лимфатической и кровеносной систем. Диффузные заболевания соединительной ткани.		1	1	2
5	5	Эндоскопическая и пункционная биопсийная диагностика заболеваний	Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний Пункционная биопсия в диагностике заболеваний печени Пункционная биопсия в диагностике заболеваний почек Пункционная биопсия в диагностике заболеваний других органов Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний легких Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта	2	2		2
6	4	Онкоморфология: иммуногистохимич	Новообразования мягких тканей Новообразования кровеносной и	2	2		

		еская и молекулярно-генетическая диагностика опухолей	лимфатической систем Новообразования органов дыхания Новообразования органов пищеварения Новообразования органов мочевыделительной системы Новообразования мужских половых органов Новообразования женских половых органов Новообразования молочных желез Новообразования эндокринных желез и АПУД - системы Новообразования кожи Новообразования органов зрения и слуха Новообразования нервной системы Новообразования костной и хрящевой ткани				2
7	6	Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	Морфофункциональные изменения в органах женщин при беременности. Плацента Токсикозы беременности (гестозы) Осложнения родов. Гинекологический сепсис Трофобластическая болезнь Беременность при экстрагенитальной патологии Гистофизиология и гистопатология овариально-менструального цикла Патология эндометрия. Патология шейки матки Патология маточных труб. Патология яичников Болезни влагалища и наружных половых органов. Опухоли женских половых органов	2	2	1	2
8	7	Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	Особенности течения общепатологических процессов у детей Патология пренатального периода Патология перинатального периода Патология последа Иммунные реакции у детей Инфекционные болезни у детей Болезни органов кровообращения у детей Болезни органов дыхания у детей Болезни органов пищеварения у детей Болезни почек и мочевыводящих путей у детей Болезни органов эндокринной системы у детей Болезни обмена у детей Болезни органов опорно-двигательного аппарата у детей Диффузные заболевания соединительной ткани Ревматические болезни Новообразования у детей Патоморфоз болезней детского возраста. Патология интенсивной терапии и реанимации Тератология	2	2	1	2
Итого:				8	10	8	12

3.5. Тематический план практических и семинарских занятий

3.5.1. Тематический план семинарских занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинарских занятий	Содержание семинарских занятий	Трудоемкость (час)			
				№ сем. 1	№ сем. 2	№ сем. 3	№ сем. 4
1	2	3	4	5	6	7	8
	1	Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Анализ протоколов вскрытия. Интерпретация диагностических заключений применительно к данному случаю. Сопоставление результатов. Заключение.	2		2	
1	2	Общая патология	2.1. Некроз, апоптоз. Характеристика разных видов дистрофии. 2.2. Нарушения кровообращения. 2.3. Экссудативное воспаление. 2.4. Продуктивное воспаление. 2.5. Опухолевый рост Морфологическая характеристика, морфогенез и гистогенез опухолей	4	9	4	12
2	3	Частная патологическая анатомия	3.1. Бактериальные кишечные инфекции. 3.2. Патологическая анатомия болезней органов пищеварения. 3.3. Патологическая анатомия болезней органов кровообращения 3.4. Патологическая анатомия болезней почек и мочевыводящих путей. 3.5. Патологическая анатомия болезней эндокринной системы. 3.6. Патологическая анатомия болезней нервной системы 3.7. Патологическая анатомия болезней лимфатической и кроветворной систем. 3.8. Диффузные заболевания соединительной ткани	4	9	4	12
3	5	Эндоскопическая и пункционная биопсийная диагностика заболеваний	5.1. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний Пункционная биопсия в диагностике заболеваний печени 5.2. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний почек 5.3. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний других органов 5.4. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний легких 5.5. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта	6	10	6	12
4	4	Онкоморфология:	4.1. Новообразования мягких				

		иммуногистохимическая и молекулярно-генетическая диагностика опухолей	тканей 4.2. Новообразования кроветворной и лимфатической систем 4.3. Новообразования органов дыхания 4.4. Новообразования органов пищеварения 4.5. Новообразования органов мочевыделительной системы 4.6. Новообразования органов мужской и женской половой сферы 4.7. Новообразования эндокринных желез и АПУД-системы 4.8. Новообразования кожи 4.9. Новообразования нервной системы 4.10. Новообразования костной и хрящевой ткани	6	10	6	12
	6	Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	6.1. Морфофункциональные изменения в органах женщин при беременности. Плацента. Токсикозы беременности (гестозы) 6.2. Гистофизиология и гистопатология овариально-менструального цикла. Патология эндометрия	6		4	
	7	Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	7.1. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста 7.2. Патоморфоз болезней детского возраста.	4		6	
Итого:				32	38	32	48

3.5.2 Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)			
				№ сем. 1	№ сем. 2	№ сем. 3	№ сем. 4
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Анализ протоколов вскрытия. Интерпретация диагностических заключений применительно к данному случаю. Сопоставление результатов. Заключение.	4	4	2	2
2	2	Общая патология	2.1. Клинико-анатомические конференции. Организация работы	4	4	2	2

			<p>подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий</p> <p>2.2. Некроз, апоптоз.</p> <p>2.3. Характеристика разных видов дистрофии.</p> <p>2.4. Нарушения кровообращения.</p> <p>2.4. Экссудативное воспаление.</p> <p>2.5. Продуктивное воспаление.</p> <p>2.6. Опухолевый рост</p> <p>Морфологическая характеристика, морфогенез и гистогенез опухолей</p>				
3	3	Частная патологическая анатомия	<p>3.1. Бактериальные кишечные инфекции.</p> <p>3.2. Патологическая анатомия болезней органов пищеварения.</p> <p>3.3. Патологическая анатомия болезней органов кровообращения.</p> <p>3.4. Патологическая анатомия болезней почек и мочевыводящих путей.</p> <p>3.5. Патологическая анатомия болезней эндокринной системы.</p> <p>3.6. Патологическая анатомия болезней нервной системы.</p> <p>3.7. Патологическая анатомия болезней лимфатической и кроветворной систем.</p> <p>3.8. Диффузные заболевания соединительной ткани.</p>	4	6	6	8
4	5	Эндоскопическая и пункционная биопсийная диагностика заболеваний	<p>5.1. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний</p> <p>Пункционная биопсия в диагностике заболеваний печени</p> <p>5.2. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний почек</p> <p>5.3. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний других органов</p> <p>5.4. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний легких</p> <p>5.5. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта</p>	6	6	6	9
5	4	Онкоморфология: иммуногистохимическая и молекулярно-генетическая диагностика опухолей	<p>4.1. Новообразования мягких тканей</p> <p>4.2. Новообразования кроветворной и лимфатической систем</p> <p>4.3. Новообразования органов дыхания</p> <p>4.4. Новообразования органов пищеварения</p> <p>4.5. Новообразования органов</p>	6	6	6	9

			мочевыделительной системы 4.6. Новообразования органов мужской и женской половой сферы 4.7. Новообразования эндокринных желез и АПУД - системы 4.8. Новообразования кожи 4.9. Новообразования нервной системы 4.10. Новообразования костной и хрящевой ткани				
6	6	Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	6.1. Морфофункциональные изменения в органах женщин при беременности. Плацента Токсикозы беременности (гестозы) 6.2. Гистофизиология и гистопатология овариально-менструального цикла. Патология эндометрия.	4	6	6	9
7	7	Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	7.1. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста 7.2. Патоморфоз болезней детского возраста.	6	6	6	9
ИТОГО:				34	38	34	48

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1	Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Работа с печатными и электронными источниками информации Трактовка протоколов патологоанатомических вскрытий	10
2		Общая патология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Подготовка докладов и выступлений	22
3		Частная патологическая анатомия	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Подготовка презентаций	22
4		Онкоморфология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Участие в научно-	22

			практической дискуссии по вопросам клинической и фундаментальной медицины	
5		Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
6		Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
7		Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
Итого в 1 семестре				142
1	2	Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Работа с печатными и электронными источниками информации Трактовка протоколов патологоанатомических вскрытий	6
2		Общая патология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Подготовка докладов и выступлений	20
3		Частная патологическая анатомия	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Подготовка презентаций	20
4		Онкоморфология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Участие в научно-практической дискуссии по вопросам клинической и фундаментальной медицины	30
5		Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации Разбор клинических случаев.	30
6		Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	30
7		Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	30
Итого во 2 семестре				166
1	3	Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	10
2		Общая патология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
3		Частная патологическая анатомия	Подготовка к занятиям, к	

			текущему контролю, промежуточной аттестации	22
4		Онкоморфология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
5		Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
6		Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
7		Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	22
Итого в 3 семестре				142
1	4	Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	-
2		Общая патология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	10
3		Частная патологическая анатомия	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	10
4		Онкоморфология	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	40
5		Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	40
6		Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	40
7		Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, промежуточной аттестации	40
Итого в 4 семестре				180
Всего часов на самостоятельную работу:				630

3.7. Лабораторный практикум

- не предусмотрен учебным планом

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

- не предусмотрены учебным планом

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

- методические указания для обучающихся для самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы;

- примерный список тем докладов.

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

1. <http://www.scsml.rssi.ru/> — Центральная Научная Медицинская Библиотека (Электронные ресурсы)
2. <http://www.nlr.ru/nlr/location.htm> — РНБ (Российская национальная библиотека СПб.)
3. http://www.nlr.ru/res/inv/ic_med/ — Российская национальная библиотека
4. <http://www.ohi.ru> – сайт Открытого Института Здоровья
5. <http://www.medlinks.ru> – Вся медицина в Интернет
6. <http://www.medagent.ru> – Медицинский агент
7. <http://www.webmedinfo.ru/index.php> - Медицинский проект WebMedInfo содержит полные тексты учебной и научной медицинской литературы, рефераты, новости, истории болезней.
8. Сайт US National Library of Medicine National Institutes of Health - URL.:
9. Сайт о подготовке к сдаче экзаменов по Международному проекту, направленному на гармонизацию образования в сфере респираторной медицины-HERMES - URL.: <http://hermes.ersnet.org/>
10. Федеральная электронная медицинская библиотека <http://www.femb.ru/feml?663290> 6. PubMed MEDLINE; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
11. Электронная библиотека медицинской литературы www.bibliomed.ru

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются:

- видеозаписи,
- презентации,
- слайд-лекции.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
3. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
4. ПО Foxit Phantom PDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016г.
5. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 15.08.2019 до 22.08.2020 г., номер лицензии 280E-190815-062320-550-1683.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «Консультант Киров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «Некс Медиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

– аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально –

• Учебная аудитория № 415: специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловая доска; специализированные шкаф для хранения микроскопов и микропрепаратов, микроскопы Биохим, Микромед, сетевые фильтры, наборы микропрепаратов, атласы по патологической анатомии, информационные стенды – 610027, Кировская область, г. Киров, ул. Карла Маркса, д. 112, помещение № 2 (4 этаж);

• Учебная аудитория: специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловая доска, наборы учебно-наглядных пособий (раздаточный материал), микроскопы Микмед; Секционный зал: стол, бестеневая лампа, секционный набор – 610912, Кировская область, г. Киров, ул. Тихая, д. 1, помещения № 15, № 71 (1 этаж) КОГБСЭУЗ "Кировское областное бюро судебно-медицинской экспертизы";

– лаборатории, оснащенные специализированным оборудованием (фотомикроскоп, иммуногистостейнер, панель антител для иммуногистохимических исследований, детекционная

система для иммуногистохимических исследований, гибридазер, роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики с архивированием, секвенатор с оборудованием для проведения генетических исследований, набор для срочной цитологической окраски) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры –

• Патологоанатомическое отделение, кабинет №2: фотомикроскоп – 610045, Кировская область, г. Киров, пр-т Строителей, д. 23, помещение № 2 (1 этаж) КОГКБУЗ «Центр онкологии и медицинской радиологии»;

- помещения для самостоятельной работы обучающихся – помещения для самостоятельной работы, оснащенные компьютерной техникой с возможностью выхода в сеть «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза, электронно-библиотечные ресурсы: электронная библиотечная система Кировского ГМУ, «Консультант студента», «Университетская библиотека онлайн». Аудитория № 414: ПК для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс":

• 610027, Кировская область, г. Киров, ул. Карла Маркса, д. 137, читальный зал библиотеки ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, помещение № 35 (1 этаж);

• 610027, Кировская область, г. Киров, ул. Карла Маркса, д. 112, помещение № 29 (4 этаж).

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях, семинарских и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по анализу этиологии, патогенеза, морфологических проявлений, исходов, принципов диагностики и терапии заболеваний и патологических процессов.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуются при изучении тем:

- Нормативно-правовая база патологоанатомической службы.
- Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.
- Патологическая анатомия заболеваний челюстно-лицевой области.
- Особенности обработки трупного материала при судебно-медицинских вскрытиях.
- Патология беременности и родов. Гинекологические заболевания.
- Пре- и перинатальная диагностика заболеваний. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста.

На лекции излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала проводится в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции

является метод проблемного изложения материала.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области патофизиологического анализа модельных ситуаций и оценки морфологических изменений при патологии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар-беседа по теме: “ Онкоморфология: иммуногистохимическая и молекулярно-генетическая диагностика опухолей ”;

- диспут по теме: “Эндоскопическая и пункционная биопсийная диагностика заболеваний ” и ряд других.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Патологическая анатомия» и включает подготовку к занятиям, подготовку докладов, подготовку к текущему и промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Патологическая анатомия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся самостоятельно оформляют доклады и представляют их на занятиях. Подготовка доклада способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, решения типовых ситуационных задач, докладов.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из трех частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Кафедра патологической анатомии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Патологическая анатомия»

Специальность 31.08.07 Патологическая анатомия

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Раздел 1. Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Тема 1. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Цели:

- ознакомить с основными правовыми, инструктивными, регламентирующими документами необходимыми в работе врача - патологоанатома

Задачи:

- знать и уметь пользоваться основными правовыми, инструктивными, регламентирующими документами необходимыми в работе врача – патологоанатома;
- уметь формулировать патологоанатомическое заключение и правильно толковать диагноз;
- научиться сопоставлять клинический и патологоанатомический диагноз.

Обучающийся должен **знать**:

- цели и задачи патологоанатомической службы;
- основные нормативные акты, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы;
- методы и организацию работы патологоанатомической службы;
- положения о патологоанатомическом отделении и патологоанатомическом бюро, организацией их работы и документации.

Обучающийся должен **уметь**:

- ставить диагноз на основании диагностического исследования тканей и органов;
- использовать основные методики клинко-анатомического анализа для своевременной диагностики онкопатологии, инфекционных, наиболее распространенных заболеваний;
- выявлять в операционно-биопсийном и аутопсийном материале основные патологические процессы, симптомы и синдромы заболеваний.

Обучающийся должен **владеть**:

- навыками основных методов исследования в патологической анатомии;
- навыками проведения клинко-анатомических сопоставлений в клинической практике.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Основные вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Методы и организация работы патологоанатомической службы;
2. Положения о патологоанатомическом отделении и патологоанатомическом бюро, организацией их работы и документации.
3. На основании какого (каких) диагностического (их) исследования (ий) тканей и органов врач-патологоанатом имеет право делать заключение и ставить диагноз;
4. Принципы построения диагноза.
5. Анализ протоколов вскрытия.
6. Интерпретация диагностических заключений применительно к данному случаю.
7. Сопоставление результатов. Заключение.

Контрольные вопросы

- Структура патологоанатомической службы РФ и ее задачи.
- Виды учреждений (подразделений) в системе патологоанатомической службы в Российской Федерации.
- Задачи и методы патологоанатомической службы.
- Методы исследования патологической анатомии и их характеристика.
- Структурирование заключительного диагноза.
- Что представляет «конкурирующее заболевание»
 1. Вариант полипатии
 2. *Вариант комбинированного основного заболевания*
 3. *Каждое из этих заболеваний могло привести к смерти*
 4. Одновременно развившиеся у пациента 3 тяжелые болезни
 5. Мультикаузальный генез

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся:

1. Изучить нормативные и другие документы, необходимые в работе.
2. Знать и уметь ориентироваться в структуре патологоанатомической службы.
3. Научиться оценивать и сопоставлять полученные данные для заключительного диагноза.

Задание № 1

Изучить:

- а) основные положения, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы в РФ
- б) структуру патологоанатомической службы РФ;
- в) порядок проведения патологоанатомического вскрытия;

Задание № 2

Изучить инструментарий для производства аутопсий и вырезки биопсийного материала;

Задание № 3

Принять участие во вскрытии трупа и оформлении патологоанатомической документации, диагноза и клинико-патологоанатомического эпикриза.

- 4) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология: Учебник в 2 т.	Под ред. М.А.Пальцева, В.С.Паукова	М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- Т.2.-488 с.	-	-
2	Патологическая анатомия. В 2 т. Т. 2. Частная патология	Под ред. В.С. Паукова	М: ГЭОТАР-Медиа, 2016	-	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: атлас	Зайратьянц, О. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 472 с.	5	имеется
2	Патологическая анатомия: нац. руководство	ред.: М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013	1	ЭБ Консультант врача

		В. Зайратьянц			
3	Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану: В 3 т.	В. Кумар [и др.] ; пер с англ. Е. А. Каган	М: Логосфера, 2014.	3	-
4	Патология: руководство	ред.: В. С. Пауков, М. А. Пальцев, Э. Г. Улумбеков	М: ГЭОТАР-Медиа, 2015	-	ЭБ Консультант врача
5	Патологическая анатомия: учебник для студентов мед. вузов	Струков, А. И.	М.: Литтерра, 2010.- 848 с.	50	имеется

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тема 2.1. Клинико-анатомические конференции. Организация работы подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий.

Цель:

- ознакомить с основными правовыми, инструктивными, регламентирующими документами необходимыми в работе врача - патологоанатома

Задачи:

- знать и уметь пользоваться основными правовыми, инструктивными, регламентирующими документами необходимыми в работе врача – патологоанатома;
- уметь формулировать патологоанатомическое заключение и правильно толковать диагноз;
- научиться сопоставлять клинический и патологоанатомический диагноз.
- изучить принципы работы основных подкомиссий.

Обучающийся должен **знать**:

- цели и задачи патологоанатомической службы;
- основные нормативные акты, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы;
- методы и организацию работы патологоанатомической службы;
- положения о патологоанатомическом отделении и патологоанатомическом бюро, организацией их работы и документации.
- Организация работы подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий.
- Международную классификацию болезней (МКБ).

Обучающийся должен **уметь**:

- ставить диагноз на основании диагностического исследования тканей и органов;
- использовать основные методики клинико-анатомического анализа для своевременной диагностики онкопатологии, инфекционных, наиболее распространенных заболеваний;
- выявлять в операционно-биопсийном и аутопсийном материале основные патологические процессы, симптомы и синдромы заболеваний.
- Уметь доказательно аргументировать свою позицию.
- Формулировать диагноз при моно- (одна причина), би- (две причины) и мультикаузальном (несколько причин) развитии болезни;
- Провести сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов;

Обучающийся должен **владеть**:

- Навыками основных методов исследования в патологической анатомии;

- Навыками проведения клинико-анатомических сопоставлений в клинической практике.
- Навыками организации работы подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий.
- Навыками проведения клинико-анатомических сопоставлений в клинической практике;
- Навыками заполнения медицинской документации (медицинского свидетельства о смерти).

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Основные вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Методы и организацию работы патологоанатомической службы;
2. Положения о патологоанатомическом отделении и патологоанатомическом бюро, организацией их работы и документации.
3. На основании какого (каких) диагностического (их) исследования (ий) тканей и органов врач-патологоанатом имеет право делать заключение и ставить диагноз;
4. Принципы построения диагноза.
5. Анализ протоколов вскрытия.
6. Интерпретация диагностических заключений применительно к данному случаю.
7. Сопоставление результатов. Заключение.
8. Организация работы подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий.
9. Цели и задачи таких комиссий и роль врача-патологоанатома в работе (в составе) комиссий

2) Контрольные вопросы:

- Структура патологоанатомической службы РФ и ее задачи.
- Виды учреждений (подразделений) в системе патологоанатомической службы в Российской Федерации.
- Задачи и методы патологоанатомической службы.
- Методы исследования патологической анатомии и их характеристика.
- Структурирование заключительного диагноза.
- Дайте определение диагноза.
- Назовите виды диагнозов.
- Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.
- Назовите рубрики диагноза при монокаузальном генезе болезни.
- Дайте определение основному заболеванию, осложнениям и сопутствующим заболеваниям, а также непосредственной причины смерти.
- Конкурирующие, сопутствующие заболевания, их характеристика и причины их формулирования.
- Характеристики фонового заболевания.
- Назовите цели проведения клинико-анатомических конференций.
- Опишите мероприятия по подготовке КАК.
- Перечислите основных участников КАК с пояснением их функций.
- Назовите заседания, на которых обсуждаются все случаи смерти больных.
- Опишите механизмы разрешения конфликтной ситуации, спорного вопроса или жалобы, возникших в результате нарушения организации лечебно-диагностической деятельности.
- Перечислите организационные особенности КИЛИ и ЛКК в отличие от КАК.

3) Деловая игра

Провести импровизированную клинико-анатомическую конференцию (деловую игру) по случаю из демонстрационного вскрытия, распределив между участниками роли «лечащего врача», «патологоанатома», «рецензента». В ходе игровой КАК по разбираемому наблюдению обсудить вопросы сличения клинического и патологоанатомического диагнозов, ятрогенной патологии с определением категории и причин расхождения, категории ятрогенной патологии (если таковые были).

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся:

1. Изучить нормативные и другие документы необходимые в работе.
2. Знать и уметь ориентироваться в структуре патологоанатомической службы.
3. Научиться оценивать и сопоставлять полученные данные для заключительного диагноза.

2) Контрольные вопросы:

- Методы исследования патологической анатомии и их характеристика.
- Задачи вскрытия.
- Правила направления умерших больных на патологоанатомическое исследование.
- Правила заполнения медицинского свидетельства о смерти.
- Правила выдачи трупов умерших больных без вскрытия.
- Перечислить условия, при которых выдача трупов умерших больных не допускается.
- Назовите принципы и задачи клинко-анатомической экспертизы.
- Назовите критерии сличения клинического и патологоанатомического диагнозов.
- Дайте характеристику категориям расхождений основного клинического и патологоанатомического диагнозов.
- Характеристика причин расхождения клинического и патологоанатомического диагноза.
- Медицинская ошибка: определение, классификация. Привести примеры врачебных ошибок.
- Ятрогенная патология: определение, классификация.
- Категории ятрогенной патологии.
- Принципы построения диагноза с ятрогенной патологией.
- Характеристика деонтологических аспектов в работе врача-патологоанатома.
- Принципы оформления протокола вскрытия трупа у взрослых и детей.
- Назовите основные разделы патологоанатомического эпикриза.
- Правила заполнения «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».

Задание № 1

- Изучить:
 - а) основные положения, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы в РФ (ФЗ № 323 « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказ МЗ СССР № 375 от 4.04.83 г.; приказ МЗ СССР № 203 от 11 марта 1988 г. «№ О создании патологоанатомических бюро»; приказ МЗ РФ № 73 от 4 марта 2003 г.; приказ МЗ СССР № 782н от 26 декабря 2008 г.; приказ МЗ РФ № 354н от 6 июня 2013 г. «Порядок проведения патологоанатомических вскрытий»;
 - б) структуру патологоанатомической службы РФ;
 - в) положение о порядке проведения патологоанатомического вскрытия;

Задание № 2

- Изучить инструментарий для производства аутопсий и вырезки биопсийного материала;

Задание № 3

- Принять участие во вскрытии трупа и оформлении патологоанатомической документации, диагноза и клинко-патологоанатомического эпикриза.
- Принять участие в анализе случаев смерти.
- Принять участие в заседании КИЛИ, КАК, КЭК, ознакомиться с процессом проведения подобных заседаний.

Задание 4.

- Изучить принципы построения диагнозов, на их основе иметь представление
- о формулировании как клинического, так патологоанатомического диагнозов, а также патологоанатомического эпикриза.

Задание 5.

- Заполнить «Медицинское свидетельство о смерти» при моно-, би- и мультикаузальном характере болезни.

Задание 6.

- Выписать бланк направления на патогистологическое исследование операционного материала толстой кишки, гастробиоптата, соскоба эндометрия, новообразования молочной железы и трепаната костного мозга.

Задание 7.

Изучить под микроскопом гистологические препараты

- с воспалительными и опухолевыми процессами и оформить патогистологическое заключение.

Задание 8.

- Принять участие в подготовке операционного и биопсированного материала для гистологического исследования.

9) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

10) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

В пульмонологическое отделение поступила больная В., 61 года, в состоянии астматического статуса. Страдает много лет бронхиальной астмой, вызванной контактом с красителями, что и явилось причиной развития астматического статуса. Кроме этого у больной диагностирована гипертоническая болезнь и застойная сердечная недостаточность. В анамнезе у больной калькулезный холецистит. Проводимая терапия была безуспешна, купировать статус не удалось и при явлениях обструкции бронхов больная умерла.

Заключительный клинический диагноз (без выделения рубрик): Бронхиальная астма. Гипертоническая болезнь. Сердечная недостаточность. Тотальная обструкция бронхов. Кома. Калькулезный холецистит.

На вскрытии найдены следующие изменения. Легкие вздуты. Все бронхи заполнены плотными сгустками слизи. Сердце массой 580 г, увеличено преимущественно за счет левого желудочка, полости его расширены. Оболочки головного мозга напряжены, отечны. Кроме этого выявлен застой крови в большом круге кровообращения – отеки, «мускатная» печень, цианотическая индурация селезенки и почек. В желчном пузыре множество фасетированных камней. Стенка пузыря утолщена.

Задание:

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний.
2. Сопоставить заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы.
3. Заполнить медицинское свидетельство о смерти (пункт 19, подпункты «а-г»).

Задача 2.

В стационар поступила больная А., 63 лет, с диагнозом сахарный диабет II типа в фазе декомпенсации. При обследовании больной выявлены высокий уровень глюкозы в крови (до 20 ммоль/литр), не поддающийся коррекции, а также начинающаяся гангрена правой стопы. Кроме этого у больной обнаружены камни в обеих почках с признаками хронического пиелонефрита. Течение болезни было неблагоприятным, гангрена осложнилась сепсисом, лечение которого оказалось неэффективным. Больная умерла, спустя 15 дней после госпитализации.

Заключительный клинический диагноз. Основное заболевание: сахарный диабет, тип II. Осложнения: гангрена правой стопы. Сепсис. Сопутствующее заболевание: хронический двусторонний калькулезный пиелонефрит в стадии обострения.

На вскрытии найдены следующие изменения. Женщина повышенного питания. Правая стопа серо-черного цвета с сильным неприятным запахом. В легких и печени найдены немногочисленные абсцессы размером до 1 см. Селезенка увеличена в размерах на разрезе дает обильный соскоб (септическая селезенка). Поджелудочная железа замещена жировой тканью, паренхима ее сохранена в виде узких тяжей и прослоек. В обеих лоханках коралловидные камни серого цвета. Ткань почек с рубцовыми западаниями, дряблая.

Задание:

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний.
2. Сопоставить заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы.
3. Заполнить медицинское свидетельство о смерти (пункт 19, подпункты «а-г»).

Задача 3.

Больной И., 71 года, поступил экстренно в кардиологический стационар с диагнозом острый инфаркт миокарда.

Через три дня после госпитализации у больного развились симптомы острого нарушения мозгового

кровообращения с правосторонней гемиплегией. Лечение больного было неэффективным. Нарастали сердечная недостаточность, потеря сознания. Через 5 дней после госпитализации больной умер.

Заключительный клинический диагноз. Основное заболевание: острый трансмуральный инфаркт миокарда в передне-боковой стенке левого желудочка. Осложнения: нарушение кровообращения III ст., отек легких. Сопутствующее заболевание: острое нарушение мозгового кровообращения в левой гемисфере.

На вскрытии найдены следующие изменения. Выраженный атеросклероз крупных сосудов с изъязвлением бляшек. Коронарные сосуды сужены более чем на 75 % за счет кальцинированных бляшек. В передне-боковой стенке левого желудочка сердца имеется обширный участок серо-желтого цвета с красной полоской вокруг, распространяющийся на все слои стенки желудочка. Полости сердца резко расширены. Стенки его дряблые. Найдено острое венозное полнокровие в малом и большом кругах кровообращения, отек легких. Головной мозг с резко напряженными оболочками. Извилины и борозды сглажены. Вещество мозга отечное. Сосуды основания мозга с толстыми стенками и множеством желтых бляшек, суживающих их просвет. На разрезе в левом полушарии найден обширный участок серого цвета, рыхлой консистенции. В желчном пузыре обнаружен камень овальной формы, желто-коричневого цвета. Слизистая оболочка пузыря атрофирована.

Задание:

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (с учетом комбинированного основного заболевания), его осложнений и сопутствующих заболеваний.
2. Сопоставить заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы.
3. Заполнить медицинское свидетельство о смерти (пункт 19, подпункты «а-г»).

Задача 4.

Больная М., 38 лет, поступила в хирургическую клинику с симптомами острого холецистита. После осмотра хирургом ей проведена операция холецистэктомия. Через 2 дня у больной стал нарастать уровень билирубина в крови, появилась и интенсивно нарастала желтуха. При явлениях печеночной недостаточности больная скончалась через 4 дня.

Заключительный клинический диагноз. Основное заболевание: острый холецистит, леченный оперативно (холецистэктомия, дата). Осложнения: острый гепатит. Печеночная недостаточность.

На вскрытии найден тотальный инфаркт печени. На печеночную артерию наложена лигатура. При гистологическом исследовании желчного пузыря выявлена флегмона его стенки.

Задание:

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз с учетом ятрогенной патологии.
2. Сопоставить клинический и патологоанатомический диагнозы.
3. Заполнить медицинское свидетельство о смерти.

Задача 5.

Больной П., 59 лет, длительное время страдал хроническим бронхитом с эмфиземой легких. Госпитализирован с симптомами выраженной одышки, отеками. Кроме этого в анализах мочи выявлены высокий уровень белка и большое количество нейтрофильных лейкоцитов. Лечение неэффективно и через 6 дней больной умер при явлениях нарастающей легочно-сердечной недостаточности.

Заключительный клинический диагноз. Основное заболевание: хронический бронхит, эмфизема легких. Осложнения: легочное сердце, сердечная недостаточность III ст. Сопутствующее заболевание: хронический пиелонефрит.

На вскрытии найдены отеки нижних конечностей и мягких тканей, асцит, гидроторакс, гидроперикард, выраженные изменения в легких в виде резкого их вздутия с наличием большого количества буллезных пузырей. Стенка бронхов резко утолщена. При гистологическом исследовании все оболочки бронхов с картиной хронического воспаления и склероза. Многие бронхи, преимущественно мелкие, содержат слизисто-гнойный экссудат. Сердце резко увеличено в размерах (масса – 670 г.), толщина стенки правого желудочка достигает 1 см. Желудочковый индекс – 1 (в норме – 0,4-0,6). Печень значительно увеличена, на разрезе с «мускатным» рисунком. Почки дряблые, с единичными рубцовыми западаниями, лоханки и мочеточники с ярко-красной слизистой оболочкой. Мочевой пузырь содержит мутную мочу, слизистая его гиперемирована, а стенка значительно утолщена. Предстательная железа увеличена в размерах, выступает в просвет мочевого пузыря.

Задание:

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.
2. Сопоставить клинический и патологоанатомический диагнозы.
3. Заполнить медицинское свидетельство о смерти.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология: Учебник в 2 т.	Под ред. М.А.Пальцева, В.С.Паукова	М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- Т.2.-488 с.	-	имеется
2	Патологическая анатомия. В 2 т. Т. 2. Частная патология	Под ред. В.С. Паукова	М: ГЭОТАР-Медиа, 2016	-	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: атлас	Зайратьянц, О. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 472 с.	5	имеется
2	Патологическая анатомия: нац. руководство	ред.: М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013	1	ЭБ Консультант врача
3	Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану: В 3 т.	В. Кумар [и др.] ; пер с англ. Е. А. Каган	М: Логосфера, 2014.	3	-
4	Патология: руководство	ред.: В. С. Пауков, М. А. Пальцев, Э. Г. Улумбеков	М: ГЭОТАР-Медиа, 2015	-	ЭБ Консультант врача
5	Патологическая анатомия: учебник для студентов мед. вузов	Струков, А. И.	М.: Литтерра, 2010.- 848 с.	50	имеется

Раздел 2. Общая патология

Тема 1. Некроз, апоптоз.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научиться определять причины, механизмы развития различных видов некроза, их функциональное значение и исходы, различать по макроскопической и микроскопической картине клинко-морфологические формы некроза, а также находить морфологические отличия некроза от других патологических процессов. Усвоить причины, механизм наступления и признаки смерти, посмертные изменения.

Задачи: Определить причины, механизмы развития различных видов некроза, их функциональное значение и исходы, различать по макроскопической и микроскопической картине клинко-морфологические формы некроза. Выявить морфологические отличия некроза от других патологических процессов. Установить механизмы развития различных видов общей смерти. Изучить признаки общей смерти.

Обучающийся должен знать:

- до изучения темы: термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
- после изучения темы: определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции, исходы разных форм некрозов.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Навыками описания микропрепаратов и материала доставленного со вскрытия; решения ситуационных задач;

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования:

1. Понятие о сущности некроза и его определение.
2. Причины некроза.
3. Представление о некробиозе, паранекрозе, апоптозе.
4. Морфология ядра, цитоплазмы и межклеточного вещества при некрозе.
5. Клинико-анатомические формы некроза.
6. Исходы и значение некроза для организма.
7. Толкование биологической смерти, ее разновидностях и механизмах развития.
8. Признаки смерти и посмертные изменения.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме:

Макропрепарат №1. Сухая гангрена стопы и голени

Мягкие ткани стопы и нижней трети голени резко уменьшены в объёме, уплотнены, сморщены (мумифицированы), чёрного цвета, часто с неприятным запахом. На отдельных участках кожа мацерирована. Возможна мутиляция (самоампутация) пальцев. В области средней трети голени чётко выражена разграничительная линия (демаркация), представленная зоной отёка с паретически расширенными полнокровными сосудами, служащая границей между некротизированными и здоровыми тканями. Чёрный цвет гангрены обусловлен пигментом – сульфидом железа, образующимся в результате взаимодействия железа гемоглобина с сероводородом атмосферного воздуха. Причинами развития сухой гангрены конечностей являются атеросклероз и тромбоз её артерий, действия критических температур, болезнь Рейно, вибрационная болезнь, инфекции (сыпной тиф). Возможные осложнения: некротизированные ткани являются входными воротами и благоприятной питательной средой для патогенных микроорганизмов, которые могут привести к развитию сепсиса и смерти пациента.

Макропрепарат № 2. Влажная гангрена тонкой кишки при атеросклерозе

Петля тонкой кишки утолщена, отёчная, дряблой консистенции, чёрно-красного цвета. Серозная оболочка тусклая с нежным налётом фибрина, мелкие сосуды её почти неразличимы. В просвете кишки жидкое кровянистое содержимое, часто зловонное. Слизистая оболочка тёмно-багрового цвета. Отличить венозную гангрену от артериальной в запущенных случаях довольно трудно, тем более что к артериальной закупорке присоединяется почти всегда и тромбоз отводящих вен. Граница со здоровой тканью чётко выражена, представлена зоной демаркационного воспаления. При артериальном тромбозе границы инфаркта кишки более чёткие, а в самой ранней стадии обнаруживают бледный ишемизированный участок кишки в отличие от резко синюшного и полнокровного участка изменённой кишки при венозном тромбозе. Возможное осложнение – возникновение разлитого гнойного перитонита.

Макропрепарат № 3. Ишемический инфаркт селезенки с рубцеванием

Селезёнка увеличена в размерах, неоднородной консистенции, капсула её гладкая, напряжена. В области одного из полюсов определяется неправильной формы светло-жёлтый тусклый участок дряблой консистенции. Капсула над ним набухшая, тусклая с нежными наложениями фибрина. На разрезе патологический очаг имеет клиновидную (треугольную) форму, с вершиной, обращённой в сторону ворот, а основанием к капсуле. На диафрагмальной поверхности визуализируется организовавшийся инфаркт в виде глубокого втянутого рубца, имеющего также треугольную форму. Инфаркт селезёнки может стать результатом как местного тромбоза сосудов, так и эмболии селезёночной артерии, чаще всего из полостей левого сердца. Рубцевание (фиброзирование) является благоприятным исходом и на функцию макроорганизма практически не влияет. В случае септического аутолиза может произойти генерализация инфекции и сепсис.

Макропрепарат № 5. Ишемический инфаркт головного мозга

Масса головного мозга увеличена, полушария симметричны, борозды расширены, извилины несколько сглажены. Мягкая мозговая оболочка гладкая, блестящая, прозрачная, сосуды её полнокровны. В области постцентральной извилины одного из полушарий визуализируется патологический очаг неправильной формы, дряблой консистенции, серого цвета с желтоватым оттенком без чётких границ, тусклый. На разрезе участок ишемии затрагивает только кору головного мозга, имеет неправильную форму. Причинами появления ишемического инфаркта является тромбоз, эмболия и/или длительный спазм церебральных сосудов. Наиболее частым исходом ишемического инфаркта, затрагивающего только серое вещество головного мозга, является наличие глиального рубчика.

Макропрепарат № 138. Секвестр

Фрагмент мёртвой костной ткани серо-чёрного цвета с неровными «изъеденными» краями свободно располагается среди живых тканей, не подвергается аутолизу и организации. Вокруг такого фрагмента (секвестра) образуется секвестральная капсула и полость, заполненная гнойным экссудатом и тканевым детритом. Стенка секвестральной полости иногда выполнена костной тканью по типу «скорлупы».

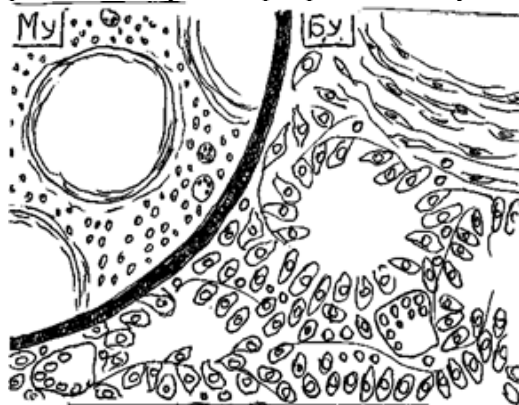
Прилежащие живые ткани склерозированы, надкостница плотная и утолщённая. Наиболее часто секвестр наблюдается при остеомиелите. Благоприятным исходом будет служить формирование наружного свища, через который выделяется не только гной, но и сам секвестр. Среди неблагоприятных исходов можно выделить внутренние свищи, вторичный амилоидоз и сепсиса.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 2. Творожистый некроз при туберкулёзе

(окраска гематоксилином и эозином)

В центре препарата определяется участок творожистого некроза, который имеет вид бесструктурной зернистой массы, внутри и по периферии которой разбросаны остатки ядер лимфоцитов и лейкоцитов. Граница некроза выражена недостаточно ясно, окружена зоной эпителиоидных клеток, имеющих радиальное расположение, ядра которых удлинены по направлению к центру бугорка. Периферия эпителиоидного бугорка интенсивнее окрашена гематоксилином из-за скопления лимфоцитов. Среди клеточного инфильтрата, а иногда и в зоне некроза имеются гигантские клетки Пирогова-Лангханса, которые обладают большим числом ядер, располагающихся по периферии клетки, образуя подобие кольца или подковы. По окружности эпителиоидного бугорка развития сосудов и фиброзной капсулы не наблюдается.



Обозначить:

- казеозный некроз
- зона эпителиоидных клеток
- гигантские клетки Пирогова-Лангханса
- лимфоциты

Микропрепарат № 4. Ишемический инфаркт головного мозга

(окраска гематоксилином и эозином)

В центре препарата виден очаг неправильной формы, представленный зоной разрежения ткани однородного розового цвета, не содержащий ядер. Зона некроза окружена пролиферирующими элементами макроглии и скоплением макрофагов округлой формы, в цитоплазме которых выявляются глыбки тканевого детрита. Эти клетки имеют образное название «зернистые шары». В окружающей ткани вокруг кровеносных сосудов и нейронов визуализируются оптически пустые ободки, указывающие на периваскулярный и перицеллюлярный отёк ткани мозга.



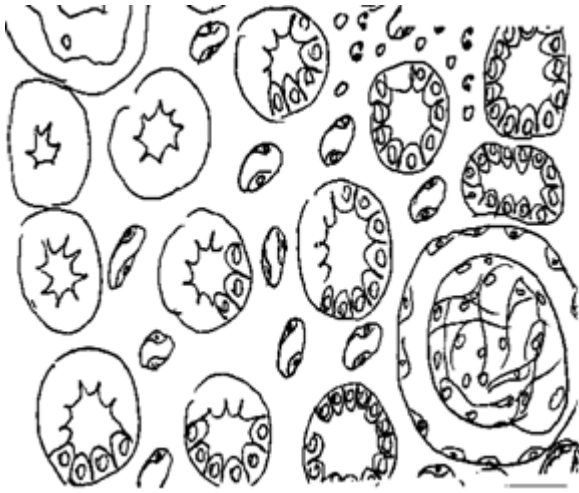
Обозначить:

- участок некроза
- «зернистые шары»
- периваскулярный отёк
- перицеллюлярный отёк

Микропрепарат № 5. Ишемический инфаркт почки с зоной демаркации

(окраска гематоксилином и эозином)

В бледно окрашенной части препарата (некроз) заметны очертания канальцев. В их клетках отсутствуют ядра – кариолизис, местами цитоплазма подвергается лизису, образуя однородную массу. Канальцы превращены в тонкие трубки, наполненные тканевым детритом. В клубочках распад не выражен. По краям некротического очага обнаруживается скопление нейтрофилов, капилляры и мелкие вены переполнены кровью, встречаются небольшие кровоизлияния. В то же время здесь постепенно вырисовываются молодые капилляры, растущие в край омертвевшей ткани.



Обозначить:
 некроз эпителия канальцев
 тканевой детрит в просвете канальца
 полнокровные сосуды
 скопление нейтрофилов и эритроцитов в
 строме органа
 клубочек почки

3) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

4) Дать определение следующим терминам: некроз, некроз коагуляционный, некроз восковидный, кариорексис, кариопикноз, плазмолиз, демаркационная линия, гангрена влажная, пролежни, секвестр, инкапсуляция некроза, мацерация, аутолиз, трупные пятна, миомаляция, трупная эмфизема, клиническая смерть, некроз прямой, некроз колликвационный, некроз творожистый, кариолизис, плазморексис, плазмокоагуляция, инфаркт, гангрена, гангрена сухая, гангрена анаэробная, нома, организация некроза, петрификация некроза, мумификация, киста, трупное окоченение, трупные гипостазы, трупная имбибиция, агония, биологическая смерть.

5) Тестовый контроль:

Выберите только один правильный вариант ответа.

1. НЕКРОЗ - ЭТО ОМЕРТВЛЕНИЕ

1. Клеток в связи с нарушением обмена веществ
2. Только паренхиматозных клеток
3. **Клеток и тканей в живом организме**
4. Клеток и тканей после смерти
5. Генетически запрограммированное

2. ПРИЧИНАМИ НЕКРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1. Инфекционные агенты
2. Аллергические факторы
3. Химические вещества
4. Расстройства кровообращения

5. **Все перечисленные**

3. НАЗОВИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД НЕКРОЗА

1. Сосудистый
2. Аллергический
3. Травматический

4. **Коагуляционный**

5. Все перечисленные

4. СУХОЙ НЕКРОЗ ИМЕЕТ ЦВЕТ

1. **Бело-желтый**
2. Черный
3. Синюшный
4. Темно-коричневый

5. Темно-вишневый
5. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ВЛАЖНОГО НЕКРОЗА

1. Черного цвета

2. Часто развивается в головном мозге
3. Содержит много влаги
4. В исходе образуется киста
5. Нарушает функцию органа
6. ДЛЯ ГАНГРЕНЫ ТИПИЧЕН ЦВЕТ

1. Желтый
2. Темно-вишневый
3. Бело-серый
4. Синюшный

5. Черный

7. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ГАНГРЕНЫ

1. Черного цвета
2. Вызывает нарушение функции
3. Соприкасается с внешней средой

4. В исходе образуется киста

5. Часто развивается в кишечнике

8. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ СУХОГО НЕКРОЗА

1. Бело-желтого цвета

2. Может быть сосудистый
3. Развивается в почке, селезенке

4. Является всегда прямым некрозом

5. В исходе часто организация

9. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД НЕКРОЗА ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ МИОКАРДА

1. Влажная гангрена

2. Сухой некроз

3. Сухая гангрена
4. Влажный некроз

5. Пролежень

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЛЛИКВАЦИОННОГО НЕКРОЗА

1. Селезенка

2. Головной мозг

3. Почка
4. Миокард

5. Печень

11. ВЛАЖНАЯ ГАНГРЕНА ТИПИЧНА ДЛЯ

1. Кишечника

2. Головного мозга
3. Почек
4. Печени

5. Миокарда

12. НЕПРЯМОЙ НЕКРОЗ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТСЯ

1. Инфекцией
2. Травматическими факторами
3. Токсинами

4. Прекращением притока крови

5. Химическими факторами

13. ВЫДЕЛИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ВЛАЖНЫЙ НЕКРОЗ

1. Творожистый некроз
2. Фибриноидный некроз
3. Ишемический инфаркт селезенки
4. **Ишемический инфаркт головного мозга**
5. Восковидный некроз

14. ПРОЛЕЖЕНЬ- РАЗНОВИДНОСТЬ

1. Инфаркта
2. Влажного некроза
3. **Гангрены**
4. Изъязвления

5. Сухого некроза

15. ПРИ НЕКРОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

6. Вакуолизация цитоплазмы
7. Исчезновение гликогена
8. Вакуолизация ядра

9. Плазмолизис

10. Все перечисленное

16. ПРИ НЕКРОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. Вакуолизация цитоплазмы

2. **Кариолизис**

3. Вакуолизация ядра
4. Исчезновение гликогена

5. Все перечисленное

17. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПРОЛЕЖНЯ

1. Разновидность гангрены
2. Развивается в тканях подвергшихся давлению
3. По патогенезу трофоневротический

4. **В исходе типична петрификация**

5. Развивается у тяжелых лежачих больных

18. ВОКРУГ ОЧАГА НЕКРОЗА УЖЕ ЧЕРЕЗ 2-3 ДНЯ ФОРМИРУЕТСЯ

1. Отложение солей кальция
2. Фиброзная капсула
3. Костная ткань
4. Грубоволокнистая соединительная ткань

5. **Демаркационное воспаление**

19. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД НЕКРОЗА

1. Инкапсуляция
2. **Гнойное расплавление**
3. Организация
4. Оссификация
5. Петрификация

20. УЧАСТОК МЕРТВОЙ ТКАНИ, НЕ ПОДВЕРГАЮЩИЙСЯ АУТОЛИЗУ ИЛИ ИНОМУ ИСХОДУ - ЭТО

1. Петрификат
2. **Секвестр**
3. Пролежень
4. Рубец

5. Инфаркт

21. ОСЛОЖНЕНИЕ НЕКРОЗА

1. Рассасывание
2. Организация
3. Петрификация
4. **Разрыв стенки полого органа**
5. Инкапсуляция

22. ЦВЕТ НЕКРОТИЗИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ГАНГРЕНЕ ОБУСЛОВЛЕН

1. Меланином
2. Солянокислым гематином
3. Гемосидерином
4. **Сернистым железом**
5. Билирубином

23. ГАНГРЕНА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В

1. Почке
2. Миокарде
3. Головном мозге
4. **Мягких тканях нижней конечности**
5. Во всех перечисленных локализациях

24. ГАНГРЕНА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В

1. Почке
2. Миокарде
3. **Легком**
4. Печени
5. Головном мозге

25. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ СОПРОВОЖДАЕТ

1. **Некроз**
2. Апоптоз
3. Пролиферацию
4. Вакуолизацию цитоплазмы
5. Полнокровие

26. АПОПТОЗОМ НАЗЫВЕТСЯ

1. Гибель клеток в живом организме
2. **Контролируемый процесс самоуничтожения клеток**
3. Гибель тканей после прекращения жизнедеятельности организма
4. Гибель паренхиматозных клеток

27. АПОПТОЗ ОБЫЧНО ЗАХВАТЫВАЕТ

1. **Отдельные клетки**
2. Участки паренхимы органа
3. Часть органа
4. Целый орган

28. ПРИ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ АПОПТОЗНЫЕ ТЕЛЬЦА ВЫГЛЯДЯТ КАК

1. Базофильные тельца с фрагментами ядра
2. **Эозинофильные тельца с фрагментами ядра**
3. Вакуоли
4. Кристаллы холестерина
5. Зернистые шары

29. ПРЕВРАЩЕНИЕ ХРОМАТИНА ПРИ АПОПТОЗЕ - ЭТО

1. Лизис
 2. Дисперсия
 3. **Конденсация**
 4. Гетерохромия
30. КОМПОНЕНТ АПОПТОЗНЫХ ТЕЛЕЦ

1. Ядро с ядрышком
2. Вакуоли с липидами
3. Гигантские митохондрии
4. **Фрагменты цитоплазмы и ядра**
5. Расширение цистерны эндоплазматической сети

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1 1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
22	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тема 2.3. Характеристика разных видов дистрофии.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Проявления дистрофий и в их исходах.

Выяснить классификацию дистрофий, усвоить определение понятий "альтерация", "дистрофия" как выражение нарушений тканевого метаболизма в качестве одной из форм повреждения (альтерации), разобраться в причинах развития дистрофий, их морфогенетических механизмах, структурных уровнях влияния распространенности процесса (местная, общая) и значение генетических факторов (приобретенные и наследственные), изучить макро- и микроскопические проявления различных видов дистрофий в отдельных органах.

Дать характеристику наследственных дистрофий, как выражение наследственных ферментопатий, охарактеризовать их роль в патологии детского возраста.

Научиться определять причины, механизмы развития и функциональное значение смешанных дистрофий, а также отличать эти дистрофии от других патологических процессов на основании их морфологической характеристики

Задачи:

Научится определять причины, механизмы развития и функциональное значение дистрофий (в частности - паренхиматозных), а так же отличать паренхиматозные дистрофии от других патологических процессов на основании их морфологической характеристики.

Научить определять причины, механизмы развития и функциональное значение стромально-сосудистых дистрофий, а также отличать их от других видов дистрофий и от других патологических процессов на основании их морфологической характеристики.

Научить определять причины, механизмы развития и функциональное значение смешанных дистрофий, а также отличать их от других видов дистрофий и от других патологических процессов на основании их морфологической характеристики.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы: термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы: определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функций органов, исходы паренхиматозных дистрофий.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Навыками описания микропрепаратов и материала доставленного со вскрытия; решения ситуационных задач;

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Понятие о сущности альтерации, дистрофии и их определения.
2. Причины развития дистрофий.
3. Морфогенетические механизмы развития дистрофий.
4. Понятие о принципах классификации дистрофий.
5. Понятие о макро- и микроскопических проявлениях паренхиматозных белковых, углеводных, и жировых дистрофий.
6. Исходы и значение дистрофий.
7. Понятие о наследственных дистрофиях, болезнях накопления.
8. Значение наследственных дистрофий в патологии детского возраста.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат №6. Мутное набухание почки

Почка незначительно увеличена в размерах, обычной консистенции, капсула гладкая, напряжена, снимается легко, обнажая гладкую, однородную коричневую поверхность. На разрезе корковое вещество

коричневого цвета и красно-коричневое мозговое вещество синхронно расширяются, граница между ними хорошо различима. Чашечно-лоханочная система нормального вида. Исход всегда благоприятный с полным восстановлением структуры и функции почки.

Макропрепарат №7. Жировая дистрофия печени ребенка

Печень заметно увеличена, дряблой консистенции, жёлто-коричневого цвета, капсула её гладкая, напряжена, нижний край закруглён. На разрезе ткань печени выбухает, иногда ярко жёлтая, дольки печени невооружённым глазом не видны. Поверхность разреза матовая, однородная, на ноже остаются капли жира. Водная проба положительная. Желчные протоки не расширены. Причинами развития могут быть алиментарное ожирение (обжорство), хроническая гипоксия, сахарный диабет, белковое голодание (квасиоркор), антибиотики тетрациклинового ряда, интоксикация этанолом, хлороформом, эфиром. При устранении этиологического фактора исход процесса, как правило, благоприятный, структура и функция печени полностью восстанавливаются.

Макропрепарат № 216. Массивный прогрессирующий некроз печени

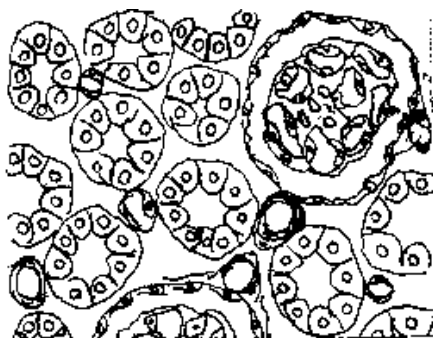
Печень резко увеличена, масса её иногда достигает нескольких килограммов, капсула напряжена, край закруглён. Орган дряблой консистенции, цвета охры. На разрезе жёлто-оранжевая, матовая, дольчатость макроскопически неразличима, с заметным тёмно-красным крапом, который соответствует полнокровным центральным отделам долек. В отличие от жирового гепатоза, сопровождается поражением других органов – тубулярным некрозом почек, гемморагическим панкреатитом, острыми язвами ЖКТ. Этиология: гепатотропные яды экзогенного (грибы, пищевые токсины, мышьяк) и эндогенного (тиреотоксикоз, эклампсия) происхождения. Такие изменения в печени соответствуют стадии жёлтой дистрофии. На ранних этапах процесс обратимый, при прогрессировании заболевания развивается постнекротический крупноузловой мультилобулярный цирроз печени.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат №16. «Зернистая» дистрофия эпителия канальцев почки

(окраска гематоксилином и эозином)

Преимущественно в извитых канальцах, несущих секреторную функцию, т.е. в первую очередь соприкасающихся с теми вредными веществами, которые выделяются из крови, отмечается стёртость границ клеток, выстилающих просвет канальца, цитоплазма их тусклая, не во всех клетках видны ядра. Нейроциты увеличены в размерах, выдаются в просвет канальца, благодаря чему он представляется суженным. В просвете канальцев видна мелкозернистая или однородная масса (белок, выделившийся через изменённые клетки и выпавший в просвет канальца – белковые цилиндры). В цитоплазме эпителия канальцев определяются эозинофильные зёрна – гиперплазия ультраструктур. Клубочки изменяются лишь в случаях воспаления (гломерулонефрита).



Обозначить:

- 1 - клубочек
- 2 - «перерождённый» эпителий извитых канальцев (ядра местами не видны, эозинофильные зёрна)
- 3 - выпавшие в просвет канальцев белковые массы
- 4 - неизменённые канальцы

Микропрепарат №18. Вакуольная дистрофия эпителия канальцев почки

(окраска гематоксилином и эозином)

Клетки эпителия проксимальных канальцев увеличены в размерах, цитоплазма их заполнена вакуолями, содержащими прозрачную жидкость. Просвет канальцев сужен или полностью отсутствует. Ядра смещены на периферию, местами сморщены или полностью исчезают. В некоторых нефроцитах мелкие вакуоли сливаются, образуя «баллоны» (гигантские вакуоли). Такие изменения клетки являются выражением фокального колликвационного некроза (баллонная дистрофия).



Обозначить:

- 1 - вакуоли в цитоплазме нефроцитов
- 2 - смещённые на периферию ядра
- 3 - нефроциты в состоянии баллонной дистрофии
- 4 - просвет канальцев

Микропрепарат №31. Жировая дистрофия печени

(окраска суданом III, гематоксилином)

Балочное строение печёночных долек сохранено. Цитоплазма гепатоцитов инфильтрирована крупными каплями жира (окрашены суданом III в ярко-оранжевый цвет), занимающими значительную часть цитоплазмы и оттесняющими ядро. Цитоплазма некоторых гепатоцитов представляет собой одну большую жировую вакуоль, что делает их похожими на липоциты. Преобладание жировой дистрофии в периферических отделах печёночной дольки свидетельствует об инфильтрационном механизме её развития, который характерен для гиперлипидемии. Жировая дистрофия преимущественно в центральных отделах дольки связана с механизмом декомпозиции и встречается при гипоксии печени.



Обозначить:

- 1 - жировые капли в цитоплазме гепатоцитов
- 2 - смещение ядер гепатоцитов на периферию клеток
- 3 - центральная вена
- 4 - неизменённые гепатоциты

3) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: альтерация, дистрофия, диспротеиноз, липидоз, "зернистая дистрофия", мутное набухание, инфильтрация, трансформация, декомпозиция, извращенный синтез, гиалиново-капельная дистрофия, фокальный коагуляционный некроз, тельца Маллори, гидропическая дистрофия, фокальный колликвационный некроз, роговая дистрофия, гиперкератоз, ихтиоз, лейкоплакия, ферментопатия, болезни накопления, цистиноз, тирозиноз, фенилпировиноградная олигофрения, жировая дистрофия, "тигровое сердце", пылевидное ожирение, мелкокапельное ожирение, "гусиная печень", церебросидлипидоз, сфингомиелинлипидоз, ганглиозидлипидоз, генерализованный ганглиозидоз, гликогеноз, наследственные гликогенозы, слизистая дистрофия, муковисцидоз.

Стромально–сосудистые дистрофии

Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 82. Первично - сморщенная почка

Размеры и масса почки резко уменьшены (иногда до 100 г), капсула плотно сращена с корковым веществом, снимается с трудом, неравномерно. Поверхность органа мелкозернистая («зёрнышки» размером 2-3 мм), серо-коричневого цвета. На разрезе корковое и мозговое вещество равномерно сужены, малокровны, граница между ними нечёткая, в корковом веществе часто видны зияющие склерозированные сосуды. «Зёрнышки» соответствуют компенсаторно гипертрофированным отделам нефронов, а участки западения между ними – склерозу. Чашечки и лоханки видимых изменений не имеют. Причинами развития первично-сморщенной почки являются заболевания, приводящие к стенозу сосудов системы почечной артерии (атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет), радиационное поражение. Смерть наступает при явлениях нарастающей хронической почечной недостаточности (уремии).

Макропрепарат № 8. Гиалиноз капсулы селезенки

Селезёнка обычных размеров и формы, мягко-эластической консистенции. Капсула её морщинистая, на диафрагмальной поверхности органа отмечается участок неправильной формы размером 5х3 см с чёткими границами, бело-розового цвета с перламутровым оттенком, хрящевидной плотности, толщиной 1-3 мм. Этот патологический очаг образован отложением гиалиноподобных масс в результате хронического воспаления капсулы селезёнки (периспленит). Данный процесс необратим, однако функция органа не страдает.

Макропрепарат № 11. Диффузный амилоидоз селезенки

Селезёнка умеренно увеличена в размерах, масса редко превышает 500 г. Консистенция органа плотная, капсула гладкая, напряжена, края закруглены. Паренхима хрупкая. На разрезе поверхность селезёнки светло-серо-красная с сальным блеском – «сальная селезёнка».

Макропрепарат № 11 а. Очаговый амилоидоз селезенки

Селезёнка умеренно увеличена в размерах, масса редко превышает 500 г. Консистенция органа плотная, капсула гладкая, напряжена, края закруглены. Паренхима хрупкая. На разрезе орган равномерного серо-красного цвета с чётко выступающими полупрозрачными сероватыми зёрнами до 2-3 мм в поперечном сечении, контрастирующими с окружающей пульпой (амилоид откладывается по ходу центральных артериол). Пульпа соскоба не даёт. Такая селезёнка получила название «саговой». При диффузном отложении белка поверхность разреза селезёнки светло-серо-красная с сальным блеском – «сальная селезёнка». Вторичный амилоидоз селезёнки обычно осложняет хронические нагноительные процессы, туберкулёз, а также образуется в сочетании с множественной миеломой. Патологический процесс приводит к снижению функции органа.

Макропрепарат № 18. Большая сальная почка

Почка в размерах увеличена, деревянистой плотности, бледная, капсула напряжена, снимается легко, оголяя гладкую чистую розовую поверхность. На разрезе корковое и мозговое вещество расширены, бело-розового цвета с сальным блеском, граница между ними плохо различима. Водная проба отрицательная, но положительна макроскопическая проба Р. Вирхова (йодный раствор в кислой среде). Чашечно-лоханочная система макроскопически интактна. Амилоидоз почек наблюдается почти в каждом случае вторичного амилоидоза, связанного с наличием туберкулёзных или гнойных очагов в организме, нередко при периодической болезни, ревматоидном артрите, средиземноморской лихорадке. Исход заболевания неблагоприятный, всегда отмечается неуклонная прогрессия процесса.

Макропрепарат № 10. Амилоидно-сморщенная почка

Почка обычных размеров или несколько уменьшена, очень плотная, деформирована, со множеством рубцовых западений на поверхности. Капсула сращена с паренхимой органа, снимается с трудом. На разрезе корковое и мозговое вещество истончены, бело-жёлтого цвета с сальным блеском, граница между ними неразличима. Процесс сморщивания обусловлен амилоидоклазией и склерозом. Подобная макроскопическая картина соответствует терминальной азотемической стадии амилоидоза почек и сопровождается изменениями в других органах, в частности, гипертрофией миокарда, уремическим лёгким, фибринозными серозитами, колитом, энтеритом, гастритом.

Макропрепарат № 12. Атеросклероз аорты

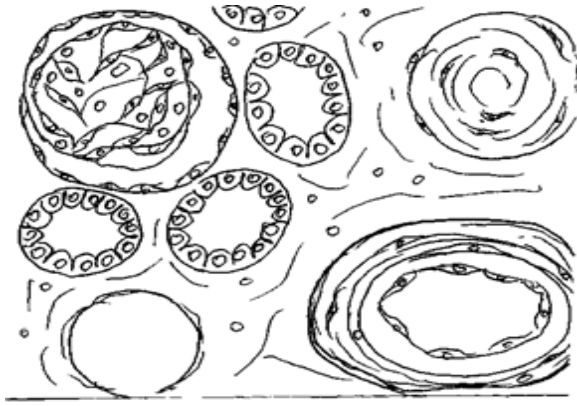
Аорта извитая, плотная, местами каменистая, стенка её неравномерно утолщена. Интима цвета слоновой кости с пятнами и полосками жёлтого цвета. Преимущественно в брюшном отделе определяются серые стенозирующие бляшки, локализующиеся у мест отхождения ветвей аорты. Поверхность отдельных бляшек изъязвлена, с пристеночными красными тромбами. Осложнениями атеросклеротического процесса являются распад и кровоизлияние в бляшку, кальцификация, редко оссификация, развитие аневризм. Более выраженная степень атеросклероза обычно сопровождается гипертонией, сахарный диабет, гипофункцию щитовидной железы. Атеросклероз аорты часто является фоном для развития тромбоэмболического синдрома. Расслаивающая аневризма аорты может привести к развитию больших гематом, а также к массивным внутренним кровотечениям с летальным исходом.

2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 26. Гиалиноз сосудов почки

(окраска по ван Гизон (пикрофуксином))

Стенки артериол резко утолщены, имеют однородный вид, окрашиваются пикрофуксином в гомогенный красный цвет. Запустевшие клубочки подвержены склерозу и гиалиновому «перерождению». Эпителий канальцев атрофирован с признаками гиалиново-капельной дистрофии. Сохранившиеся отделы нефрона подвергаются рабочей гипертрофии.



бозначить:

- 1 - гиалинизированные артериолы
- 2 - гломерулосклероз, гломерулоглиноз
- 3 - атрофия эпителия канальцев
- 4 - компенсаторно увеличенные клубочки

Микропрепарат № 21. Амилоидоз фолликулов селезёнки

(окраска конго-рот, гематоксилином и эозином)

Фолликулы селезёнки увеличены за счёт массами амилоида, окрашенных конго-рот в красный цвет, который первоначально откладывается в периферических частях фолликула, постепенно распространяясь на центральные отделы его. Количество лимфоцитов белой пульпы резко снижено. Просветы венозных синусов сдавлены амилоидными массами, ткань селезёнки малокровна.

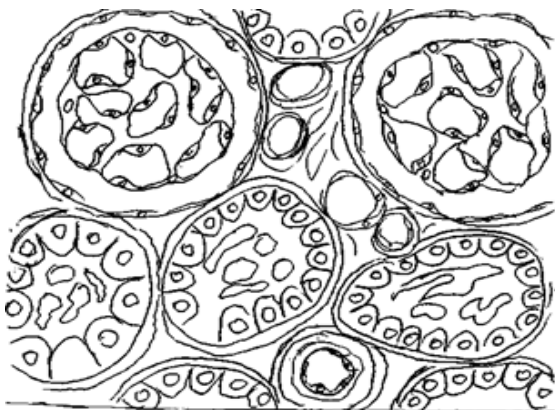


Обозначить:

- 1 - отложения амилоида в фолликулах
- 2 - центральная артерия
- 3 - спавшиеся синусы
- 4 - сохранившиеся лимфоциты

Микропрепарат № 23. Амилоидоз почки (окраска конго-рот, гематоксилином)

Массы амилоида, окрашенные конго-рот в красный цвет, определяются в стенках артерий коркового и мозгового вещества, в тубулярных базальных мембранах преимущественно мозгового слоя, в межтубулярной ткани почки. Первые признаки отложения амилоида отмечаются в клубочках в виде появления гомогенных частиц, лежащих между петлями сплетения. По мере того, как количество амилоида увеличивается, в процесс вовлекаются большие участки подчас целые петли сплетения, приобретающие однородный вид, между которыми встречаются единичные сохранившиеся эндотелиальные клетки. Из-за скопления амилоида в капсуле Боумена-Шумлянскогo она приобретает набухший, утолщённый вид.



Обозначить:

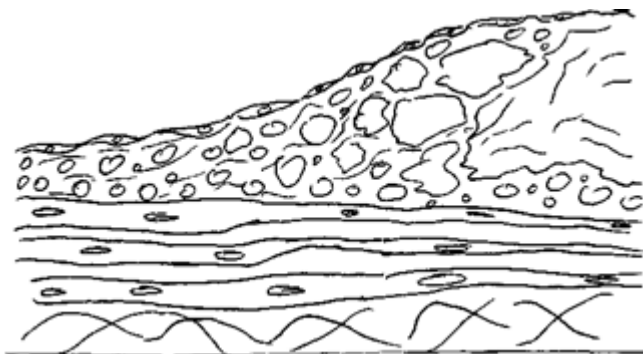
- 1 - отложение амилоида в сосудистых петлях клубочка
- 2 - эндотелий сохранившихся капилляров клубочка
- 3 - амилоид в стенках артерий
- 4 - массы амилоида в капсуле клубочка
- 5 - амилоид по ходу базальных мембран канальцев

Микропрепарат № 32. Атеросклеротическая бляшка аорты

(окраска гематоксилином, суданом III)

Интима аорты утолщена, окрашивается гематоксилином в голубой цвет. Смещая препарат в сторону бугристого выпячивания можно установить, что центральную часть занимают капли жира различной величины, красящиеся то более, то менее интенсивно в оранжевый цвет суданом III, лежат сплошной массой, среди

которой местами обнаруживаются неокрашенные крупные кристаллы холестерина. Среди этих обильных липоидных субстанций могут визуализироваться глыбки или зёрна выпавшей извести, интенсивно окрашенные гематоксилином. Перечисленные структуры встречаются в тех участках бляшки, где утрачивается волокнистая структура. Покрышка атеросклеротической бляшки образована гиалинизированной соединительной тканью.



Обозначить:

- 1 - утолщение интимы
- 2 - капли жира внутри бляшки
- 3 - кристаллы солей кальция в толще бляшки
- 4 - гиалинизированная соединительная ткань

3) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: амилоид, амилоидоз, амилоидобласт, амилоидоклазия, гиалин, гиалиноз, гистион, мукоидное набухание, фибриноидное набухание, фибриноид, метахромазия, фибриноидный некроз, саговая селезенка, сальная селезенка, большая сальная почка, тучность (ожирение), кахексия, ослизнение тканей, ватчатое ожирение, липоматоз, мукополисахаридоз, гарголизм, периколлагеновый периретикулярный амилоидоз

4) Тестовый контроль:

Выберите один правильный вариант ответа.

1. АМИЛОИД- БЕЛОК, КОТОРЫЙ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ
 1. В клетках
 2. В ядрах клеток
 3. **Между клетками**
 4. В очаге некроза
 5. В очаге обызвествления
2. В ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕПАРАТЕ АМИЛОИД ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ОКРАСКИ
 1. Гематоксилином и эозином
 2. **Конго- рот**
 3. Судан 3
 4. По Ван- Гизону
 5. Толуидиновым синим
3. АМИЛОИД МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬ ТЕЧЕНИЕ
 1. **Бронхоэктатической болезни**
 2. Гипертонической болезни
 3. Атеросклероза
 4. Острой пневмонии
 5. Острой дизентерии
4. ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧКА ИМЕЕТ ВИД
 1. Большой пестрой
 2. **Большой белой**
 3. Первично- сморщенной
 4. Мелкобугристой
 5. Крупнодольчатой
5. ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬ ТЕЧЕНИЕ
 1. **Туберкулеза**
 2. Сахарного диабета
 3. Гипертонической болезни
 4. Атеросклероза
 5. Гепатита
6. АМИЛОИДОЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ФОНЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. Первичный
2. **Вторичный**
3. Старческий
4. Наследственный
5. Семейный
7. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ВТОРИЧНОМ АМИЛОИДОЗЕ**
 1. Хроническая сердечная недостаточность
 2. Острая сердечная недостаточность
 3. **Хроническая почечная недостаточность**
 4. Острая почечная недостаточность
 5. Острая надпочечниковая недостаточность
8. **ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВНЕШНЕГО ВИДА ОРГАНОВ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**
 1. Очень дряблая консистенция
 2. **Очень плотная консистенция**
 3. Пестрый вид на разрыве
 4. Бугристая поверхность
 5. Западающие рубцы
9. **ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВНЕШНЕГО ВИДА ОРГАНОВ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**
 1. Дряблая консистенция
 2. Пестрый вид на разрыве
 3. **Сальный вид на разрыве**
 4. Крупнобугристая поверхность
 5. Мелкобугристая поверхность
10. **В ПОЧКЕ АМИЛОИД ОТКЛАДЫВАЕТСЯ В**
 1. **Почечном клубочке**
 2. Эпителии извитых канальцев
 3. Эпителии прямых канальцев
 4. Фиброзной капсуле
 5. Во всем перечисленном
11. **ОБЩЕЕ ОЖИРЕНИЕ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ**
 1. Бурой атрофии сердца
 2. Миокардита
 3. **Ишемической болезни сердца**
 4. Острого панкреатита
 5. Зобной болезни
12. **ПРИ ОБЩЕМ ОЖИРЕНИИ В СЕРДЦЕ НАБЛЮДАЕТСЯ**
 1. Появление липидов в цитоплазме миоцитов
 2. **Появление прослоек жировой ткани в миокарде**
 3. Появление прослоек фиброзной ткани в миокарде
 4. Отложение извести
 5. Очаги некроза миоцитов
13. **ДЛЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО**
 1. Имеет доброкачественное значение
 2. **Количество адипозоцитов увеличено**
 3. Адипозоциты соде содержат избыточное количество триглицеридов
 4. Сочетается с метаболическими изменениями
 5. Все перечисленное верно
14. **ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО**
 1. Имеет злокачественное течение
 2. Количество адипозоцитов увеличено
 3. **Функция адипозоцитов не нарушена**
 4. Нет метаболических нарушений
 5. Все перечисленное верно
15. **КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОЦЕССОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБРАТИМЫМ**

1. Апоптоз
2. Гиалиноз
3. Амилоидоз
4. **Мукоидное набухание**
5. Фибриноидное набухание
16. ГИАЛИНОЗ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ТИПИЧЕН ДЛЯ
 1. Врожденного порока сердца
 2. **Ревматизма**
 3. Гипертонической болезни
 4. Туберкулеза
 5. Сифилиса
17. ГИАЛИНОВЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПОДВЕРГАЮТСЯ
 1. Петрификаты
 2. Массы амилоида
 3. **Соединительная ткань**
 4. Костная ткань
 5. Хрящевая ткань
18. ПРИ ПОМОЩИ КАКОЙ ОКРАСКИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ МУКОИДНОЕ НАБУХАНИЕ
 1. Реакций Перлса
 2. **Толуидиновым синим**
 3. Кармином Беста
 4. Суданом III
 5. Конго красным
19. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ФИБРИНОИДНОМ НАБУХАНИИ
 1. Отек
 2. Воспаление
 3. **Распад волокон соединительной ткани**
 4. Накопление жировых веществ
 5. Уплотнение основного вещества
20. УКАЖИТЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ АМИЛОИДА В САГОВОЙ СЕЛЕЗЕНКЕ
 1. В красной пульпе
 2. В трабекулах
 3. В капсуле
 4. **В белой пульпе**
 5. В адвентиции сосудов
21. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ РАЗВИВАЕТСЯ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ГИАЛИНОЗ АРТЕРИОЛ
 1. Атеросклероз
 2. **Гипертоническая болезнь**
 3. Сыпной тиф
 4. Туберкулез
 5. Вирусный гепатит
22. НАЗОВИТЕ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ АМИЛОИДОЗА
 1. Инфильтрация
 2. Трансформация
 3. **Извращенный синтез**
 4. Декомпозиция
 5. Резорбция
23. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В СОСУДАХ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ ЛИПОГИАЛИН
 1. Сыпной тиф
 2. Туберкулёз
 3. Атеросклероз
 4. **Сахарный диабет**
 5. Гипертоническая болезнь
24. КАКОЙ ВИД ДИСТРОФИИ ПРЕДШЕСТВУЕТ ФИБРИНОИДНОМУ НАБУХАНИЮ

1. Амилоидоз
 2. Гиалиноз
 3. Мутное набухание
 4. **Мукоидное набухание**
 5. Роговая дистрофия
25. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВИ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК
1. Апластическая анемия
 2. **Миеломная болезнь**
 3. Миелолейкоз
 4. Агранулоцитоз
 5. Лимфобластоз
26. ГИАЛИНОЗ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ РАЗВИВАЕТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ
1. Атрофии
 2. Гипертрофии
 3. Гиалиново-капельной дистрофии
 4. **Фибриноидного набухания**
 5. Амилоидоза
27. ФИБРИНОИДНОЕ НАБУХАНИЕ ИМЕЕТ СИСТЕМНЫЙ ХАРАКТЕР ПРИ
1. **Ревматических болезнях**
 2. Опухолях
 3. Гипертрофии миокарда
 4. Инфекционных болезнях
 5. Саркоидозе
28. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МУКОИДНОГО НАБУХАНИЯ
1. **Перераспределение и накопление гликозаминогликанов**
 2. Перераспределение и накопление холестерина и его эстеров
 3. Отек эластических волокон
 4. Появление зерен белка в цитоплазме клеток
 5. Распад коллагеновых волокон
29. ПРИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ЛИПИДОЗАХ НАРУШЕН ОБМЕН
1. Белков
 2. **Нейтральных жиров**
 3. Цитоплазматического холестерина
 4. Фосфатидов
 5. Цереброзидов
30. В КАРДИОМИОЦИТАХ ПРИ ОЖИРЕНИИ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ ТУЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ
1. Гипертрофия
 2. Амилоидоз
 3. **Атрофия**
 4. Гемосидероз
 5. Гипогенез
31. СТРУКТУРА АМИЛОИДА ПРИ ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ
1. Гранулярная
 2. Неразличима
 3. **Фибриллярная**
 4. Ячеистая
 5. В виде депозитов
32. ОБРАЗНОЕ НАЗВАНИЕ СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ ГИАЛИНОЗЕ ЕЁ КАПСУЛЫ
1. Мускатная
 2. **Глазурная**
 3. Порфирная
 4. Сальная
 5. Саговая
33. ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ:
1. Иценко–Кушинга

2. Геморрагический
3. **Нефротический**
4. Портальной гипертензии
5. Киммельстилла–Уилсона

Смешанные дистрофии

1. Вопросы для собеседования.

1. Смешанные дистрофии, их виды.
2. Классификация и характеристика хромопротеидов.
3. Варианты и механизмы нарушения обмена хромопротеидов.
4. Макроскопическая, микроскопическая и ультраструктурная характеристика различных видов обмена хромопротеидов.
5. Значение нарушения обмена хромопротеидов для организма.
6. Разновидности и механизмы нарушения обмена нуклеопротеидов.
7. Макроскопическая и микроскопическая характеристика различных видов нарушения обмена нуклеопротеидов.
8. Значение нарушения обмена нуклеопротеидов для организма.
9. Виды кальцинозов и механизмы их развития.
10. Макро-, микроскопическая и ультраструктурная характеристика кальцинозов, значение для организма.
11. Механизмы камнеобразования, типы камней. Значение камнеобразования для организма.

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 4. Ишемический инфаркт головного мозга.

Масса головного мозга увеличена, полушария симметричны, борозды расширены, извилины несколько сглажены. Мягкая мозговая оболочка гладкая, блестящая, прозрачная, сосуды её полнокровны. В области постцентральной извилины одного из полушарий определяется патологический очаг неправильной формы, дряблой консистенции, серого цвета с желтоватым оттенком, без чётких границ. В центре ишемического инфаркта визуализируется несколько зон жёлто-оранжевого цвета, неправильной формы, цвет их обусловлен наличием пигмента гематоидина. Этот пигмент имеет гемоглиногенное происхождение, располагается внеклеточно, образуется при условии отсутствия кислорода. По наличию этого пигмента можно предположить, что «возраст» инфаркта не менее 10-14 дней. Возможными причинами кровоизлияния являются артериальная гипертензия, атеросклероз, врождённые аневризмы сосудов головного мозга. Пигмент не элиминируется и сохраняется в тканях на протяжении всей жизни.

Макропрепарат № 13. Гемосидероз селезенки. Узелки Ганди-Гамна.

Масса и размеры селезёнки несколько увеличены, консистенция плотная, капсула гладкая, блестящая. На разрезе пульпа уплотнена, цианотична, трабекулы её подчёркнуты. Повышенная плотность обусловлена не только кровенаполнением, но, в большей степени, развивающимся фиброзом пульпы, который заметен в виде сероватых и беловатых нежных полосок и крапинок. Иногда имеются отложения солей кальция и железа. Такие кальциевые депозиты с фиброзом контурируют в виде неправильной формы мелких желтовато-коричневых узелков – «узелки Ганди-Гамна», или «табачные узелки». Соскоб пульпы скудный. Подобные изменения связаны с хроническим венозным застоем, которым сопровождаются недостаточность правых отделов сердца, а также синдром портальной гипертензии. Процесс неуклонно прогрессирует и приводит к снижению функции органа.

Макропрепарат № 14. Гемомеланоз селезенки при малярии (муляж).

Селезёнка резко увеличена (массой до нескольких килограммов), плотная, капсула гладкая с участками утолщения неправильной формы белого цвета с перламутровым оттенком. Пульпа на разрезе гомогенная, аспидно-серая из-за отложения малярийного пигмента – гемомеланина. Соскоб пульпы скудный. Причиной гемомеланоза является разрушение гемоглобина эритроцитов малярийным плазмодием. Наиболее частым осложнением являются спонтанные надрывы, разрывы капсулы и паренхимы селезёнки с массивными кровотечениями, которые могут привести к летальному исходу. Обратного развития таких очагов не

наблюдается.

Макропрепарат № 17. Геморрагические эрозии слизистой желудка.

Слизистая оболочка желудка утолщена за счёт воспалительного отёка, складки её сглажены, на их вершинах определяются множественные кровоизлияния и поверхностные дефекты неправильной формы с неровными краями размером до 0,5 см, дно их чёрного цвета, который обусловлен образованием гемоглобинового пигмента – солянокислого гематина. К эрозиям могут привести: действие агрессивных веществ (кислоты, щёлочи, алкоголь), токсины, расстройства микроциркуляции. При устранении повреждающего фактора происходит эпителизация дефектов с полным восстановлением структуры и функции. При прогрессии патологического процесса формируются острые язвы. Одним из грозных осложнений будет развитие синдрома Маллори-Вейса (линейные разрывы слизистой оболочки желудка с профузным кровотечением).

Макропрепарат № 15. Камни желчного пузыря.

Желчный пузырь увеличен в размерах, может быть деформирован за счёт спаек с окружающими органами и тканями, переполнен желчью. На разрезе стенка его утолщена, уплотнена вследствие гипертрофии и склероза мышечного слоя. Слизистая оболочка атрофирована, бархатистость отсутствует. В просвете желчного пузыря определяются множественные камни различных размеров, фасетированного вида. Цвет их зависит от химического состава: холестериновые камни имеют желто-белый цвет; пигментные – чёрный, блестящий; известковые – серо-белый. Возможными осложнениями являются: водянка и мукоцеле желчного пузыря, механическая желтуха, диспептические расстройства, эмпиема желчного пузыря, гнойные холангиты, холангиолиты, внутрипечёночные абсцессы, пролежни желчного пузыря с возможной дальнейшей их перфорацией и желчным перитонитом. В исходе развивается вторичный билиарный цирроз печени. Наиболее частыми причинами камневого холецистита признаются острый холецистит, пороки развития и дискинезии желчевыводящей системы, а также нарушение обмена веществ.

Макропрепарат № 16. Камни в почке.

Размеры почки варьируют в зависимости от длительности заболевания, в исходе развивается вторично сморщенная почка. Форма почки крупнобугристая, капсула снимается с трудом, обнажая светло-коричневую пёструю поверхность. Пестрота обусловлена множественными мелкоточечными кровоизлияниями, очагами некроза, фиброза и воспаления. На разрезе корковое и мозговое вещество уменьшены в размерах, малокровные, граница между ними плохо различима. Чашечно-лоханочная система резко расширена и содержит камень, полностью повторяющий её контуры. Консистенция и цвет конкремента может меняться с учётом химического состава: фосфорнокислые камни обычно рыхлые, светлые с относительно гладкой поверхностью; оксалаты – твёрдые, кристаллические на изломе, с шероховатой поверхностью, коричневатого цвета; уратные камни тёмно-жёлтые или коричневые; цистиновые камни плотные, блестящие, иногда восковидные и бесцветные. Среди осложнений особое место занимают острая задержка мочи, гидронефроз, пиелонефрит, абсцессы почки (апостематозный гнойничковый нефрит) с последующим развитием уросепсиса. Среди причин нефролитиаза главенствуют хроническое воспаление чашечек и лоханки, врождённые аномалии развития почки и мочеточников, затруднения пассажа мочи, а также заболевания, связанные с нарушением метаболизма пуриновых оснований.

Макропрепарат № 14. Литиаз мочевого пузыря и простаты.

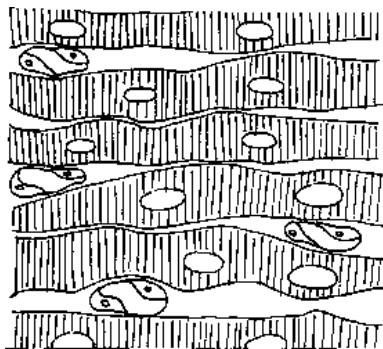
Мочевой пузырь увеличен в размерах, стенка его утолщена, уплотнена за счёт склероза и гипертрофии мышечной оболочки. Складки слизистой сглажены, с мелкоточечными кровоизлияниями. В полости мочевого пузыря большой камень, овальной формы, гладкий из-за окатывания в процессе камнеобразования, белого цвета, очень плотной консистенции. Камни в мочевом пузыре, как правило, вторичные, растущие на спустившемся «ядре». Под пузырьём располагается предстательная железа, которая увеличена в размерах, бугристая, плотной консистенции, серого цвета. На разрезе определяются резко расширенные выводящие протоки простатических желез, которые заполнены конкрементами, обтурирующими просвет. Камни имеют неправильную форму, крошащиеся, желто-коричневого цвета. Наиболее частыми причинами развития литиаза являются хронические воспалительные заболевания урогенитальной системы. Среди осложнений необходимо особо отметить острую задержку мочи, пролежни мочевого пузыря, поддержание хронического воспаления (особенно гнойного) органов мочеполовой сферы.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 6. Бурая атрофия миокарда (окраска гематоксилином).

Структура сердечной мышцы и характер расположения волокон не изменены, кардиомиоциты уменьшены в объёме. Мышечные волокна истончены, но их поперечная исчерченность сохранена. В кардиомиоцитах наблюдается отложение «пигмента изнашивания» – липофусцина, который имеет жёлто-коричневый цвет и локализуется, обычно, в виде скоплений гранул у каждого из полюсов ядра, что объясняется накоплением липофусцина только в саркоплазме, окружающей ядро. Липофусциноз появляется при атрофии миокарда и является результатом длительных истощающих

заболеваний сердца или ЖКТ, лекарственных отравлений или же развиваются, как физиологическое явление, в пожилом возрасте (старческая атрофия).

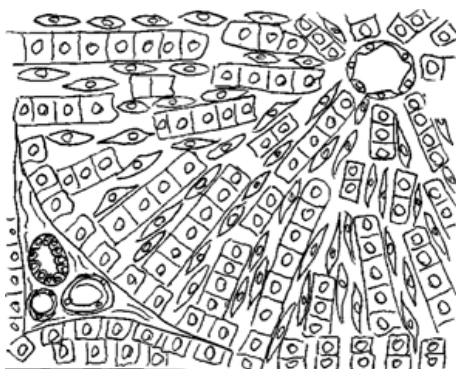


Обозначить:

- 1 - истончённые мышечные волокна
- 2 - ядра кардиомиоцитов
- 3 - гранулы пигмента липофусцина

Микропрепарат № 45. Печень при механической желтухе(окраска гематоксилином).

Общая структура печени сохранена. Эпителий желчных протоков не изменён, но просвет их расширен, в нём визуализируются жёлто-зелёные массы желчи. Однако желчные капилляры, которые при нормальных условиях не видны, резко переполнены. В данном случае они имеют вид небольших полостей или щелей, лежащих между печёночными клетками, и выполнены гранулами желто-зелёного цвета. Последние являются сгущенной желчью и носят название желчных тромбов или цилиндров. Подобные изменения наиболее выражены в периферических отделах дольки. В гепатоцитах обнаруживаются небольшие жёлто-бурые зерна желчного пигмента, хотя содержание их не во всех клетках одинаковое. В участках, где явления желчного застоя достигают более значительной степени,наблюдаются группы некротизированных печёночных клеток, что чаще имеет место в средних отделах долек. Желчные пигменты определяются не только в гепатоцитах, но и в купферовских клетках.

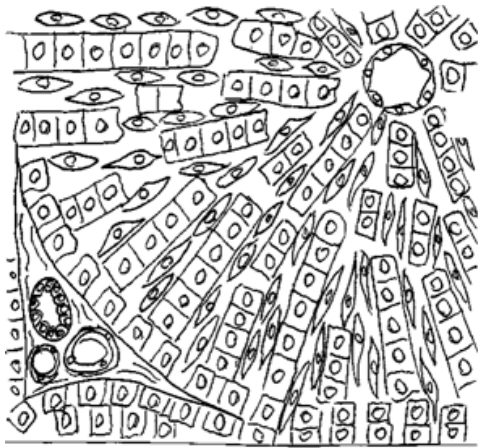


Обозначить:

- 1 - расширенный, переполненный желчью, желчный проток
- 2 - гранулы желчного пигмента в желчных капиллярах
- 3 - желчный пигмент в печёночных клетках
- 4 - некротизированные гепатоциты
- 5 - центральная вена

Микропрепарат № 26. Гемосидероз печени (окраска по Перлсу).

Дольковое строение печени сохранено. Наблюдается отложение гемосидерина (по Перлсу окрашивается в сине-зелёный цвет) в купферовских клетках капилляров и внутри гепатоцитов. После появления гемосидерина в купферовских клетках пигментация распространяется более или менее равномерно на капилляры всей дольки; в противоположность этому, отложение гемосидерина в печёночных клетках происходит только по периферии дольки, а центрально расположенные клетки пигмента не содержат. При обычных методах окраски гемосидерин не окрашивается и обнаруживается в виде желтых или жёлто-бурых зерен. Причинами развития гемосидероза печени могут быть гемолитические анемии, а также правожелудочковая сердечная недостаточность.



Обозначить:

- 1 - гепатоциты, содержащие зёрна гемосидерина (сине-зелёного цвета)
- 2 - гемосидерин в купферовских клетках

3) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: гемоглобинемия, гемоглобинурия, билирубинемия, билирубинурия, ферритинемия, порфиринемия, порфирурия, желтуха, билирубиновая энцефалопатия, холемиа, холалемия, гипермеланоз, гипомеланоз, невус, альбинизм, лейкодерма, витилиго, липофусциноз, дистрофическое обызвествление, метастатическое обызвествление, метаболическое обызвествление, гипер-, гипокальциемия, кальцификация, гиперфосфатемия, гипераминоацидурия, флеболит, копролит, петрификация, гиперурикемия, мочекислый инфаркт, гипер-, гипофосфатемия, инкрустированные камни, гиперурикурия, подагра, подагрическая почка, краниотабес, рахитические браслетки, лягушачий живот, истинный альдостеронизм, мочекислый инфаркт, рахитические чётки, энхондральное окостенение, псевдоальдостеронизм, литопедион.

4) Тестовый контроль:

ТЕСТ I.

Выберите один или несколько правильных вариантов ответа.

1. ПИГМЕНТЫ- ЭТО ВЕЩЕСТВО

1. *Имеющее окраску*
2. Способные воспринимать красители
3. Белковой природы
4. Растворимые в липидах

2. К ЭНДОГЕННЫМ ПИГМЕНТАМ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ

1. Меланин
2. Липофусцин
3. Гемосидерин
4. Билирубин
5. *Сернистое железо*

3. ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ ГЕМОСИДЕРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Экзогенный пигмент
2. *Производное гемоглобина*
1. Местный процесс
3. Нет гиперкальцемии Черного цвета
4. В норме не встречается
5. Не содержит железа

4. ТИПИЧНЫМ ДЛЯ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Легкие темно- вишневого цвета
2. *Плотной консистенции*
3. Просвет бронхов расширен
4. Просвет альвеол расширен
5. Пример общего гемосидероза

5. ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ БИЛИРУБИНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. *Пигмент желчи*
2. В крови в норме не выявляется
3. Содержит железо
4. Производное меланина

5. Липидогенный пигмент
6. РЕАКЦИЯ ПЕРЛСА ВЫЯВЛЯЕТ
 1. **Гемосидерин**
 2. Билирубин
 3. Порфирин
 4. Меланин
7. ПРИ КАХЕКСИИ В ПЕЧЕНИ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ
 1. Гемосидерин
 2. Билирубин
 3. Меланин
 4. **Липофусцин**
 5. Ферритин
8. К НАРУШЕНИЮ ОБМЕНА МЕЛАНИНА ОТНОСИТСЯ
 1. **Витилиго**
 2. Лейкоплакия
 3. Гемохроматоз
 4. Желтуха
 5. Синдром Жильбера
9. ПОДАГРА- ЭТО НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА
 1. Липидов
 2. **Нуклеопротеидов**
 3. Аминокислот
 4. Пигментов
 5. Кальция
10. К ДИСТРОФИЧЕСКОМУ ОБЫЗВЕЩЕНИЮ ОТНОСИТСЯ
 1. Соли кальция в неизменной слизистой оболочке желудка
 2. Известковые метастазы в почках
 3. **Петрификация некроза**
 4. Соли кальция в неизменных легких
 5. Соли кальция в миокарде при гиперкальцемии
11. ВИД ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ
 1. Обменное
 2. Очаговое
 3. Диффузное
 4. **Дистрофическое**
 5. Идиопатическое
12. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДИСТРОФИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ
 - 1.
 2. Известь откладывается в патологически измененные органы
 3. Нет нарушений функций органа
 4. **Может быть при избыточном введении витамина Д**
13. ПРИМЕР ДИСТРОФИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ- ОТЛОЖЕНИЕ СОЛЕЙ КАЛЬЦИЯ В
 1. Слизистой оболочке желудка при гиперкальцемии
 2. **Клапанах сердца при ревматизме**
 3. Миокарде при гиперкальцемии
 4. Неизмененных почках
 5. Неизмененных легких
14. ПЕТРИФИКАТЫ В ИСХОДЕ КАЗЕОЗНОГО НЕКРОЗА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ
 1. Ревматизме
 2. **Туберкулезе**
 3. Атеросклерозе
 4. Гипертонической болезни
 5. Дизентерии

15. БОЛЬНОЙ ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЛ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПОЧЕК. УМЕР ПРИ ЯВЛЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. НА ВСКРЫТИИ ОБНАРУЖЕНЫ МАЛЕНЬКИЕ ПЛОТНЫЕ ПОЧКИ С МЕЛКОЗЕРНИСТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРНЫ В ОТНОШЕНИИ ПРИВЕДЕННОЙ СИТУАЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
1. Артериолосклеротический нефросклероз
 2. Первично - сморщенные почки
 3. В артериолах почки и головного мозга- гиалиноз
 4. **Изменения артериол и мелких артерий развились в следствии фибриноидного некроза**
 5. Клубочки почки гиалинизированы, некоторые из них гипертрофированы
16. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГЕМОХРОМАТОЗА
1. Избирательное накопление меди в звездчатых ретикулоэндотелиоцитах, приводящее к циррозу
 2. Избирательное накопление меди в гепатоцитах, приводящее к циррозу
 3. Кольца Кайзера - Флейшера
 4. **Уменьшение процента насыщения плазменного трансферрина**
 5. Увеличение риска развития цирроза печени и гепатоцеллюлярного рака
17. КОНЬЮГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНИЯ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ТЕСТЫ НА БИЛИРУБИН В МОЧЕ И ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ УРОБИЛИНОГЕНА В МОЧЕ И КАЛОВЫХ МАССАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
1. **Рака головки поджелудочной железы**
 2. Абсцесса печени
 3. Тромбофлебита печеночных вен
 4. Вирусного гепатита А
 5. Наследственного сфероцитоза
18. БОЛЬНОЙ, СТРАДАВШИЙ МАЛЯРИЕЙ, УМЕР ПРИ ЯВЛЕНИЯХ МАЛЯРИЙНОЙ КОМЫ. НА ВСКРЫТИИ ОБНАРУЖЕНЫ ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, СЕРО - АСПИДНЫЙ ЦВЕТ ГОЛОВНОГО МОЗГА, БУРЫЙ ОТТЕНОК ТКАНИ ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКИ. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРНЫ В ОТНОШЕНИИ ДАННОЙ СИТУАЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
1. Желтушность кожных покровов связана с билирубином
 2. Желтуху можно отнести к неконьюгированной
 3. Цвет головного мозга обусловлен пигментом гемомеланином
 4. **Цвет селезенки, печени обусловлен накоплением липофусцином**
 5. Все образующиеся при малярии пигменты можно отнести к гемоглобиногенным
19. У ПОДРОСТКА С ЖАЛОБАМИ НА УТОМЛЯЕМОСТЬ, ЖЕЛТУШНОЕ ОКРАШИВАНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ГИПЕРКИНЕЗЫ, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЕ ПРИПАДКИ, ВЫЯВЛЕНЫ УВЕЛИЧЕННАЯ СЕЛЕЗЕНКА, КОЛЬЦА КАЙЗЕРА-ФЛЕЙШЕРА. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ МОЖНО СВЯЗАТЬ ОБНАРУЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
1. Дефицит альфа-1- антитрипсина
 2. **Болезнь Вильсона- Коновалова**
 3. Вирусный гепатит В
 4. Синдром Жильбера
 5. Первичный гемахроматоз
20. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ПРИСТУПООБРАЗНЫМИ БОЛЯМИ В СУСТАВАХ РУК И НОГ, ОБНАРУЖЕНА ГИПЕРУРИКЕМИЯ, ГИПЕРУРИКУРИЯ. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОГЛИ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ В БИОПТАТЕ ОКОЛОСУСТАВНОЙ ТКАНИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
1. **Отложения фосфорнокислого кальция**
 2. Отложения мочекислового натрия
 3. Скопления гигантских клеток инородных тел
 4. Массивного разрастания соединительной ткани

5. Некроза тканей
21. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРНЫ В ОТНОШЕНИИ МЕТАБОЛИЗМА КАЛЬЦИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
 1. Кальций депонируется в костях
 2. Кальций выводится из организма толстой кишкой и почками
 3. Обмен кальция в организме регулируется витамином Д
 4. **Почки не играют существенной роли в метаболизме кальция**
 5. Обмен кальция в организме регулируется паратгормоном, кальцитонином
22. У БОЛЬНОГО, СТРАДАВШЕГО ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, РАЗВИЛАСЬ ЖЕЛТУХА. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРНЫЕ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
 1. **Желтуха связана с локализацией камня в пузырьном протоке**
 2. Чаще в желчном пузыре образуются оксалаты
 3. Для выяснения локализации камня достаточно рентгенологического исследования
 4. Локализацию камня можно уточнить, исследуя мочу на уробилин
 5. **Желтуха имеет подпеченочный характер**
23. КАМНИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МОГУТ БЫТЬ
 1. **Холестериновые**
 2. **Пигментные**
 3. **Смешанные**
 4. Фосфатные
 5. Все перечисленное
24. ОКРАСКА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ
 1. Желто-коричневая
 2. **Лимонно-желтая**
 3. Коричнево-зеленая
 4. Ничего из перечисленного
 5. Все перечисленное
25. ОСТЕОМАЛЯЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ МЕХАНИЗМАМИ РАЗВИТИЯ
 1. Повышенная минерализация периоста
 2. **Повышенная продукция неминерализованного остеоида**
 3. **Повышение активности остеокластов**
 4. Нарушение соотношения между продукцией и резорбцией костной ткани
 5. **Истончение кортикального слоя костей**
26. КАКИЕ ПРИМЕРЫ МОГУТ ПРЕДСТАВЛЯТЬ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ОБЫЗВЕЩЕНИЕ
 1. **Почка при нефрокальцинозе**
 2. Митральный клапан сердца при ревматизме
 3. Венечная артерия сердца с атеросклеротическими бляшками
 4. **Легкое при множественных метастазах рака предстательной железы в кости**
 5. Соединительнотканная капсула вокруг эхинококка

ТЕСТ II.

Выберите один или несколько правильных вариантов ответа

1. К ПИГМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ
 1. Липиды в цитоплазме гепатоцитов
 2. Белки в цитоплазме нефроцитов
 3. **Билирубин в цитоплазме гепатоцитов**
 4. Соли кальция в соединительной ткани
 5. Все перечисленное
2. К ПИГМЕНТАМ, ПРОИЗВОДНЫМ ГЕМОГЛОБИНА, ОТНОСИТСЯ
 1. Меланин
 2. Липофусцин
 3. **Гемосидерин**
 4. Липохром

5. Адrenoхром
3. ПРИ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ ЛЕГКИХ НАКАПЛИВАЕТСЯ ПИГМЕНТ
 1. Солянокислый гематин
 2. Билирубин
 3. **Гемосидерин**
 4. Липофусцин
 5. Угольная пыль
4. ТИПИЧНЫМ ДЛЯ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. **Гнездное скопление гемосидерина**
 2. Истончение межальвеолярных перегородок
 3. Расширение просвета альвеол
 4. Развивается при остром венозном полнокровии
 5. Пример общего гемосидероза
5. В ЗОНЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ СО ВРЕМЕНЕМ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ
 1. Адrenoхром
 2. Меланин
 3. Липофусцин
 4. **Гемосидерин**
 5. Липохром
6. ПРИ ЯЗВАХ И ЭРОЗИЯХ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЯЕТСЯ
 1. Гемомеланин
 2. Порфирин
 3. **Солянокислый гематин**
 4. Хлорид железа
 5. Сульфид железа
7. ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ ЛИПОФУСЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Экзогенный пигмент
 2. Гемоглобиногенный пигмент
 3. Содержит железо
 4. **Накапливается в цитоплазме гепатоцитов**
 5. Нарушает функцию гепатоцитов
8. ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ МЕЛАНИНА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Экзогенный пигмент
 2. Желтого цвета
 3. Производное гемоглобина
 4. Содержит железо
 5. **Синтезируется меланоцитами**
9. МОЧЕКИСЛЫЙ ИНФАРКТ - ЭТО НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА
 1. Кальция
 2. Калия
 3. Липидогенных пигментов
 4. Гемоглобиногенных пигментов
 5. **Нуклеопротеидов**
10. ВИД ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩВАЕНИЯ
 1. Обменное
 2. Очаговое
 3. Диффузное
 4. **Метастатическое**
 5. Идиопатическое
11. МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ОБЫЗВЕЩВАЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
 1. Анемии
 2. Гипоксии
 3. Липидемии
 4. **Гиперкальцемии**

5. Гипокальцемии
12. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ
 1. Имеется гиперкальцемиа
 2. Поражено несколько органов
 3. Функция органов не нарушена
 4. **Известь откладывается в патологически измененных органах**
 5. Может быть при избыточном введении витамина Д
13. СОЛИ КАЛЬЦИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ОБЫЗВЕЩЕНИИ ОТКЛАДЫВАЮТСЯ В
 1. Соединительнотканых рубцах
 2. Фиброзных спайках
 3. Тромбе
 4. Склерозированных клапанах сердца

5. В почках, легких при гиперкальцемии
14. ЛОКАЛЬНЫЕ ИЛИ СИСТЕМНЫЕ ОТЛОЖЕНИЯ АМИЛОИДА МОГУТ БЫТЬ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
 1. Болезни Альцгеймера
 2. **Экзокринной недостаточности поджелудочной железы**
 3. Медуллярной карциномы щитовидной железы
 4. Миеломной болезни
 5. Ревматоидного артрита
15. МУЖЧИНА ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ БОЛЕВШИЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, УМЕР ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. НА ВСКРЫТИИ ОБНАРУЖЕНЫ БОЛЬШИЕ (САЛЬНЫЕ) ПОЧКИ С БУГРИСТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРОЦЕСС В ПОЧКАХ
 1. Артериолосклеротический нефросклероз
 2. **Амилоидоз почек**
 3. Гломерулонефрит
 4. Некротический нефроз
 5. Первично-сморщенная почка
16. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОБЩЕГО ГЕМОСИДЕРОЗА
 1. Гемосидерин накапливается преимущественно в печени, селезенке, костном мозге
 2. **Гемосидерин накапливается преимущественно в печени, поджелудочной железе, миокарде**
 3. Часто сопровождается сахарным диабетом
 4. Наиболее частая причина смерти- печеночная недостаточность
 5. Часто возникает при пороках сердца
17. НА ВСКРЫТИИ В ВЕЩЕСТВЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОБНАРУЖЕНА КИСТА СО РЖАВЫМИ СТЕНКАМИ. С КАКИМ ПИГМЕНТОМ СВЯЗАН ЦВЕТ КИСТЫ
 1. Билирубин
 2. Порфирин
 3. Меланин
 4. **Гемосидерин**
 5. Солянокислый гематин
18. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ
 1. **Почка при нефрокальцинозе**
 2. Кальциноз митрального клапана сердца при ревматическом пороке
 3. Кальциноз атеросклеротических бляшек
 4. Обызвествление узла эхинококка в печени
 5. Заживший очаг туберкулеза в легком
19. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОКУСЫ ОБЫЗВЕЩЕНИЯ МОЖНО НАЗВАТЬ ПЕТРИФИКАТАМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
 1. Обызвествленной атеросклеротической бляшки
 2. Обызвествленного очага казеозного некроза при туберкулезе
 3. Обызвествленной створки клапана сердца при ревматизме

4. Обызвествленного нейрона при врожденном токсоплазмозе
5. **Множественных фокусов обызвествления при гиперкальциемии**
20. НАЗОВИТЕ БОЛЕЗНЬ, В ОСНОВЕ КОТОРОЙ ЛЕЖИТ НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА МЕДИ
 1. Гемохроматоз
 2. **Болезнь Вильсона-Коновалова**
 3. Аддисонова болезнь
 4. Болезнь Мак-Ардила
 5. Болезнь Нимана-Пика
21. ХОЛЕЛИТИАЗ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ КО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ПРОЦЕССАМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
 1. **Пилефлебита**
 2. Острого холецистита и хронического холецистита
 3. Острого панкреатита
 4. Водянки желчного пузыря
 5. Тонкокишечной непроходимости
22. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЕРНЫЕ В ОТНОШЕНИИ РАХИТА
 1. **В основе развития рахита лежит нарушение обмена кальция и фосфора**
 2. **Причина рахита- недостаток витамина Д**
 3. Причина развития рахита у беременных- нарушение всасывания витамина Д в тонкой кишке
 4. **Передозировка витамина Д может привести к нефрокальцинозу**
 5. **Рахит у беременных проявляется остеомаляцией**
23. КАМНИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ МОГУТ БЫТЬ
 1. **Уратные**
 2. **Оксалатные**
 3. Пигментные
 4. **Фосфатные**
 5. Все перечисленное
24. ПРИ ПОДАГРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЖНО РАСЦЕНИВАТЬ КАК
 1. Аутоиммунные
 2. **Метаболические**
 3. Инфекционные
 4. **Воспалительные**
 5. Опухолевые
25. УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ В БИОПТАТЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ
 1. **Расширение желчных капилляров, переполнение их желчью**
 2. **Коричнево-зеленый пигмент в гепатоцитах, в звездчатых ретикулоэндотелиоцитах**
 3. Отсутствие желчи в гепатоцитах и желчных капиллярах
 4. **Отек и рыхлая, преимущественно лейкоцитарная инфильтрация портальной стромы, постепенно нарастающий перидуктальный склероз**
 5. **Очаговые некрозы гепатоцитов**
26. ОКРАСКА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ
 1. Желто-коричневая
 2. Лимонно-желтая
 3. **Коричнево-зеленая**
 4. Ничего из перечисленного

Все перечисленное

Паренхиматозные дистрофии

1) Тестовый контроль:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПОВРЕЖДЕНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ВНУТРИ- И ВНЕКЛЕТОЧНЫМИ СКОПЛЕНИЯМИ НЕНОРМАЛЬНЫХ КОЛИЧЕСТВ ВЕЩЕСТВ НАЗЫВАЕТСЯ

1. Некроз
 2. Апоптоз
 3. **Дистрофия**
 4. Атрофия
 5. Гипертрофия
2. ДИСТРОФИЯ – ЭТО
1. **Структурное выражение нарушений метаболизма**
 2. Проявление усиленной функции клетки
 3. Один из видов атрофии
 4. Гипоксия
 5. Разновидность компенсаторных процессов
3. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ДИСТРОФИИ
1. Ишемия
 2. Гипоксия
 3. **Ферментопатия**
 4. Травма
 5. Тубулопатия
4. ПАРЕНХИМАТОЗНЫМ ДИСПРОТЕИНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Гиалиноз
 2. Амилоидоз
 3. **Гиалиново-капельная дистрофия**
 4. Болезнь Нимана–Пика
 5. Гликогеноз
5. КАКИЕ ПРОЦЕССЫ ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ ГИАЛИНОВО-КАПЕЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ
1. **Денатурация белков в клетке**
 2. Накопление гиалуроновой кислоты в цитоплазме
 3. Усиление функции клетки
 4. Некрозы в цитоплазме клеток
 5. Гидратация белков в клетке
6. ПРИ ГИАЛИНОВО-КАПЕЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ЭПИТЕЛИЯ КАНАЛЬЦЕВ ГЛАВНЫХ ОТДЕЛОВ НЕФРОНА В МОЧЕ У БОЛЬНЫХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
1. Жир
 2. Глюкоза
 3. **Белок**
 4. Соли кальция
 5. Кристаллы мочевой кислоты
7. РЕЗКО ВЫРАЖЕННАЯ ГИДРОПИЧЕСКАЯ ДИСТРОФИЯ НАЗЫВАЕТСЯ
1. **Баллонной**
 2. Гиалиновой
 3. Жировой
 4. Слизистой
 5. Роговой
8. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ГИДРОПИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Извращённый синтез
 2. Декомпозиция
 3. **Инфильтрация**
 4. Наследственный дефект ферментов
 5. Гиперпродукция гормонов гипофиза
9. ГИДРОПИЧЕСКАЯ ДИСТРОФИЯ ГЕПАТОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
1. Стеатозе печени
 2. **Вирусном гепатите**
 3. Эхинококке печени
 4. Сахарном диабете
 5. Ожирении
10. ГИДРОПИЧЕСКАЯ ДИСТРОФИЯ ЭПИТЕЛИЯ КАНАЛЬЦЕВ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. Ожирении
 2. **Нефротическом синдроме**
 3. Вирусном гепатите В
 4. Гипертензии
 5. Атеросклерозе
11. НАЗОВИТЕ ИСХОД ГИДРОПИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ
1. Обратное развитие
 2. **Колликвационный некроз**
 3. Гиалиноз
 4. Мукоидное набухание
 5. Склероз
12. ИСХОДОМ ГИАЛИНОВО-КАПЕЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Гиалиноз стромы
 2. Амилоидоз
 3. **Коагуляционный некроз**
 4. Апоптоз
 5. Инфильтрация лейкоцитами
13. АЛКОГОЛЬНЫЙ ГИАЛИН ЯВЛЯЕТСЯ БЕЛКОВЫМ ПРОДУКТОМ
1. Распада
 2. **Синтеза**
 3. Аутолиза
 4. Слизиобразования
 5. Фагоцитоза
14. СКОПЛЕНИЯ МАСС БЕЛКА В ЦИТОПЛАЗМЕ ЭПИТЕЛИЯ КАНАЛЬЦЕВ ПОЧКИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ
1. Гидропической дистрофии
 2. Слизистой дистрофии
 3. Стеатозе
 4. **Гиалиново-капельной дистрофии**
 5. Атрофии
15. ДЛЯ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ (СТЕАТОЗА) ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО
1. Уменьшение размеров органа
 2. Плотная консистенция органа
 3. Бугристая поверхность органа
 4. **Липиды в цитоплазме гепатоцитов**
 5. Исчезновение ядер гепатоцитов
16. ПРИЧИНА ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ (СТЕАТОЗА) ПЕЧЕНИ
1. Усиление кровотока
 2. **Гипоксия**
 3. Гипертензия
 4. Острый ревматизм
 5. Зобная болезнь
17. ПРИ БЕЛКОВОМ ГОЛОДАНИИ ЖИРОВАЯ ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ ДИСТРОФИЯ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ В
1. **Печени**
 2. Почках
 3. Миокарде
 4. Надпочечниках
 5. Селезенке
18. ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ МИОКАРДА ЖИР ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
1. В стенках сосудов
 2. **В кардиомиоцитах**
 3. В строме органа
 4. Под эпикардом
 5. В перикарде
19. ДЛЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО

1. Появление прослойки соединительной ткани
 2. Увеличение размеров миоцитов
 3. Уменьшение размеров миоцитов
 4. **Липиды в цитоплазме в группах мышечных клеток**
 5. Липиды в цитоплазме мышечных клеток
20. ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ОКРАСКЕ
1. Гематоксилином и эозином
 2. **Суданом 3**
 3. По Ван- Гизону
 4. Толуидиновым синим
 5. Пикриновой кислотой
21. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ МИОКАРДА - ЭТО
1. **Снижение сократительной способности**
 2. Увеличение сократительной способности
 3. Гипертензия
 4. Разрыв стенки сердца
22. СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
1. **Алкоголизме**
 2. Гипертензии
 3. Вирусном гепатите А
 4. Вирусном гепатите В
 5. Зобной болезни
23. ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ МИОКАРДА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
1. Гипертензии
 2. **Дифтерии**
 3. Белковом голодании
 4. Авитаминозах
 5. Сахарном диабете
24. ПЕЧЕНЬ НАЗЫВАЕТСЯ «ГУСИНОЙ» ПРИ
1. Хроническом венозном полнокровии
 2. Белковой дистрофии
 3. Гиалинозе капсулы
 4. **Стеатозе**
 5. Амилоидозе
25. ЦВЕТ ПЕЧЕНИ ПРИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ
1. Синюшный
 2. Коричневый
 3. Красный
 4. **Жёлтый**
 5. Аспидно-серый
26. НАЗОВИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР ДИСТРОФИИ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ
1. Гемосидероз
 2. Гидропическая дистрофия
 3. **Жировая мелкокапельная**
 4. Липофусциноз
 5. Гиалиново-капельная.
27. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ ИСХОД СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ
1. **Восстановление структуры**
 2. Переход в белковую дистрофию
 3. Переход в массивный некроз печени
 4. Переход в цирроз печени
28. НАКОПЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В СТЕНКЕ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ ТИПИЧНО ДЛЯ
1. Воспаления
 2. Аневризмы

3. **Атеросклероза**

4. Кахексии

5. Ожирения

29. СЕРДЦЕ НАЗЫВАЕТСЯ «ТИГРОВЫМ», ТАК КАК ИМЕЕТСЯ

1. Разрастание жировой ткани в миокарде

2. Очаги некроза в миокарде

3. **Накопление липидов в группах миоцитов**

4. Накопление масс белка в группах миоцитов

5. Неравномерное полнокровие миокарда

30. В КАКОМ ОРГАНЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ РОГОВАЯ ДИСТРОФИЯ

1. Желудок

2. Печень

3. Сердце

4. **Кожа**

5. Лёгкие

31. РОГОВАЯ ДИСТРОФИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ

1. Витилиго

2. **Лейкоплакии**

3. Распространенном меланозе

4. Меланоме кожи

5. Всем перечисленным

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

Задача №9.

На вскрытии на задней стенке желудка по малой кривизне обнаружен дефект стенки диаметром 2 см с плотными краями, возвышающимся над поверхностью слизистой оболочки, дно его покрыто массами кофейного цвета. Такого же вида массы содержатся в полости желудка в объёме 500 мл. Дно дефекта упирается в поджелудочную железу и плотно с ней спаяно.

1. Какое заболевание желудка выявлено?

2. Перечислите его осложнения.

3. Объясните коричневый цвет содержимого желудка.

Задача №11.

Для гистологического исследования прислан кусочек ткани, взятый из края длительно не заживающей язвы левой стопы. При микроскопии обнаружено разрастание полиморфных атипичных клеток в виде гнезд и розеток, в цитоплазме которых определяется черно-бурый пигмент, иммуногистохимически идентифицированный как меланин. Встречается много митозов и очагов некроза.

1. Ваш диагноз?

2. Что могло предшествовать развитию описанного процесса?

Задача №16.

На вскрытии сердце весом 800 г, толщина миокарда левого желудочка – 2,3 см., правого – 1 см, почки уменьшены в размерах, плотные с равномерно мелкозернистой поверхностью. В проекции подкорковых ядер головного мозга полость 1 см в диаметре, стенки её ржавого цвета.

1. Назовите изменения сердца, почек, головного мозга?

2. Объясните ржавый цвет полости в мозге?

3. Для какого заболевания характерны найденные изменения?

Задача №23.

У больной, страдавшей приступообразными болями в суставах рук и ног, при обследовании обнаружена

гиперурикемия и гиперурикурия. Проведена биопсия сустава.

1. Каким заболеванием страдает больная?
2. Ожидаемые морфологические изменения в биоптате суставов?
3. Какой ещё орган часто поражается при этом заболевании?

Задача №25.

На вскрытии обнаружено резко выраженное рубцовое сужение пищевода, истончение и охряно-жёлтый оттенок подкожной жировой клетчатки, уменьшение объёма скелетных мышц, уменьшение размеров внутренних органов.

1. Назовите патологический процесс, раскрывающий сущность описанных изменений?
2. Объясните его причину?
3. Опишите изменения в печени и миокарде?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тема 2.4. Нарушения кровообращения.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научиться определять причины, механизмы развития, функциональное значение и исходы различных видов нарушений крово- и лимфообращения, отличать их по макроскопической и микроскопической картине от других патологических процессов.

Задачи: Научить определять причины, механизмы развития, функциональное значение и исходы

различных видов расстройств крово-, лимфообращения, отличать их по макроскопической и микроскопической картине от других патологических процессов.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы: термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы: определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы патологических процессов, связанных с нарушениями кровообращения.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Факторы, патогенез, патологическая анатомия, исход и значение общего артериального полнокровия.
2. Виды патологической артериальной гиперемии, Факторы, патогенез, патологическая анатомия, исход и значение.
3. Причины, морфологические проявления, исход и значение хронического малокровия.
4. Малокровие. Виды. Факторы, патогенез, патологическая анатомия, исход и значение.
5. Причины, механизм развития, макро- и микроскопические проявления, исход и значение общего венозного полнокровия.
6. Причины, морфологические проявления, исход и значение хронического общего венозного полнокровия.
7. Этиология, механизм развития, морфо - функциональные изменения, исходы и значение местного венозного полнокровия.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 20. Застойное уплотнение печени «мускатная печень».

Печень может слегка увеличиваться в размерах. Капсула гладкая, блестящая, край печени закруглён. Консистенция органа плотная. На разрезе желто-коричневого цвета с тёмно-красным крапом в центральных отделах долек. Желто-коричневый цвет обусловлен жировой дистрофией гепатоцитов периферических отделов дольки, а красный крап соответствует резко расширенным, полнокровным центральным венам и диапедезным кровоизлияниям в центре печёночных долек. К хроническому венозному полнокровию печени могут привести врождённые и приобретённые пороки правых отделов сердца, межжелудочковой и межпредсердной перегородки, адгезивный перикардит, инфаркты правого желудочка и заболевания, сопровождающиеся хронической правожелудочковой сердечной недостаточностью, а также поражение печёночных вен (болезнь Баада-Киари). При очень длительном и выраженном застое развивается фиброз паренхимы, утолщение капсулы, но истинный цирроз не формируется.

Макропрепарат № 19. Бурое уплотнение лёгкого с геморрагическими инфарктами.

Лёгкие могут быть увеличены в размерах, уплотнены, воздушность равномерно снижена. Плевра гладкая, блестящая. На разрезе ткань лёгкого резко полнокровна, красно-коричневого цвета. С поверхности разреза стекает кровь и небольшое количество мелкопузырчатой пенистой жидкости. Бронхо-сосудистые элементы выступают над поверхностью разреза в связи с избыточным разрастанием коллагеновой соединительной ткани вокруг них. Бурая окраска органа обусловлена пигментом гемосидерином, который располагается преимущественно в интерстиции, как внутри- так и внеклеточно. При условии разрастания соединительной ткани в строме органа патологический процесс необратим. Среди причин застоя признаются врождённые и приобретённые пороки левых отделов сердца, инфаркт миокарда, хроническая аневризма левого желудочка, реже предсердия, адгезивный перикардит, которые сопровождаются длительной недостаточностью кровообращения с застоем по малому кругу. На этом фоне увеличивается риск образования тромбов в системе легочной артерии, что может закончиться геморрагическим инфарктом лёгкого, который представляет собой участок некроза дряблой консистенции, безвоздушный, тёмно-красного цвета, клиновидной формы, с вершиной обращённой к корню лёгкого, а основанием прилежит к висцеральной плевре. Плевра в этом месте набухшая, матовая, с наложениями нитей фибрина серо-белого цвета. В просвете сегментарной ветви легочной артерии

визуализируется красный обтурирующий тромб плотной консистенции, крошащийся, плотно соединённый со стенкой сосуда. Кроме тромбоза ветвей легочной артерии, к инфаркту лёгкого приводит тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА).

Макропрепарат № 13 (21). Цианотическая индурация селезенки при циррозе печени.

Масса и размеры селезёнки несколько увеличены, консистенция плотная, капсула гладкая, блестящая. На разрезе пульпа уплотнена, цианотична, трабекулы её подчёркнуты. Повышенная плотность обусловлена не только кровенаполнением, но, в большей степени, развивающимся фиброзом пульпы, который заметен в виде сероватых и беловатых нежных полосок и крапинок. Соскоб пульпы скудный. Подобная патология связана с хроническим венозным застоем, которая сопровождается недостаточностью правых отделов сердца, а также синдромом портальной гипертензии. Процесс неуклонно прогрессирует и приводит к снижению функции органа.

Макропрепарат № 22. Кровоизлияние в головной мозг.

Масса головного мозга увеличена, полушария асимметричны, борозды расширены, извилины несколько сглажены. Мягкая мозговая оболочка гладкая, блестящая, прозрачная, сосуды её полнокровны. На основании мозга чётко определяется странгуляционная борозда, свидетельствующая об ущемлении стволовых структур в большом затылочном отверстии. На разрезе в проекции внутренней капсулы левого полушария диагностируется полость шаровидной формы, заполненная жидкой кровью и сгустками, стенки её представлены тканью головного мозга и имеют бурый цвет. Ткань мозга в этом месте разрушена. Латеральная стенка левого желудочка деструктурирована, через этот дефект кровь попала в левый боковой желудочек мозга и, переполняя его, сдавливает правый боковой желудочек. При кратковременном излиянии большого объёма крови в полость бокового желудочка может наступить смерть от перераздражения дыхательного и сосудодвигательного центров. Нередко, при небольшом кровоизлиянии в желудочки мозга, кровь вместе с ликвором затекает в субарахноидальное пространство и определяется при спинномозговой пункции. В подавляющем большинстве случаев в основе внутримозговых кровоизлияний лежит артериальная гипертензия, как симптоматическая, так и идеопатическая, реже – врождённые аномалии церебральных сосудов. В исходе апоплексии развивается тонко- и гладкостенная киста с буроватыми стенками («ржавая киста»).

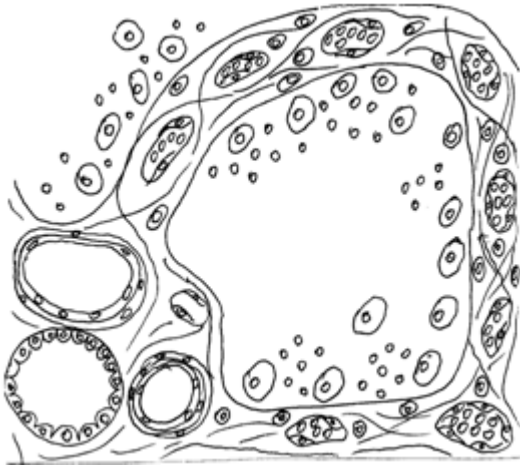
Макропрепарат № 23. Гемотампонада сердца при разрыве стенки левого желудочка.

Сердце увеличено в размерах, плотной консистенции. На разрезе камеры его расширены, миокард левых отделов гипертрофирован. В области передней стенки левого желудочка определяется участок дряблой консистенции, неправильной формы, розоватого цвета с геморрагическим венчиком, пронизывающий всю стенку сердца. Со стороны эндокарда в области инфарктированного участка имеется щелевидный дефект, продолжающийся в канал, который имеет косое направление и открывается в полость перикарда в проекции межжелудочковой перегородки. Стенки канала пропитаны кровью. В полости перикарда визуализируются жидкая кровь и сгустки общей массой от 200 до 400 г. Гемоперикард с тампонадой сердца на сегодняшний день рассматривается как раннее осложнение острого инфаркта миокарда и развивается, как правило, в конце первой – начале второй недели.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 53. Хроническое венозное полнокровие лёгких (бурая индурация)
(окраска гематоксилином и эозином).

Альвеолярные капилляры несколько расширены, занимают всю межальвеолярную перегородку и местами как бы выпячиваются в просвет альвеолы. Их просвет заполнен различными клетками, прежде всего эритроцитами и альвеолярными макрофагами, а также бледно окрашенными массами свернувшегося белка отёчной жидкости. В межальвеолярной соединительной ткани также встречаются вышедшие из сосудов эритроциты. Часть эритроцитов подвергается разрушению с образованием пигмента гемосидерина (бурого цвета), который локализуется в альвеолярных перегородках, просвете альвеол и может захватываться макрофагами. В таком случае эти клетки называются сидерофагами. В интерстиции лёгкого выражено разрастание соединительной ткани. Сочетание склероза и полнокровия называется бурой индурацией.



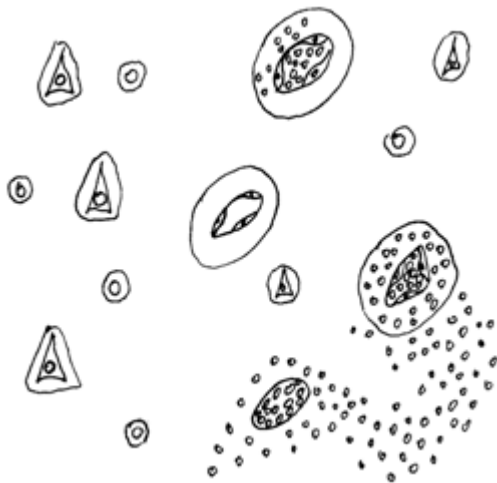
Обозначить:

- 1 - альвеолы, частью с суженным просветом
- 2 - клетки, перегруженные гемосидерином, лежащие внутри альвеол
- 3 - разросшаяся соединительная ткань с значительным количеством клеток, содержащих гемосидерин
- 4 - просвет небольшого бронха

Микропрепарат № 54. Диapedезные кровоизлияния в головной мозг

(окраска гематоксилином и эозином).

В белом веществе головного мозга отчетливо видны расширенные капилляры, переполненные кровью. Эритроциты чрезвычайно тесно прилегают друг к другу и не всегда очертания их улавливаются достаточно ясно. За счёт диapedеза эритроцитов формируются кровоизлияния кольцевидной формы: в центре их расположен сосуд, по окружности которого ткань находится в состоянии распада, а затем следует довольно широкий пояс эритроцитов, лежащих в ткани. В участках вокруг кровеносных сосудов и нейронов визуализируются оптически пустые ободки, соответствующие зонам периваскулярного и перицеллюлярного отёка.



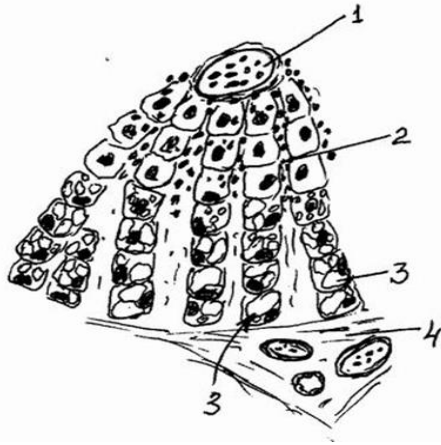
Обозначить:

- 1 - капилляры, переполненные эритроцитами
- 2 - клетки головного мозга с явлениями перицеллюлярного отёка
- 3 - диapedезные кровоизлияния в форме кольца
- 4 - периваскулярный отёк

Микропрепарат № 51. Хроническое венозное полнокровие печени

(окраска гематоксилином и эозином).

Дольковая структура печени сохранена. Центральные вены расширены, переполнены кровью. В центре дольки печёночные балки сдавлены расширенными капиллярами, отмечаются кровоизлияния, дисконфлексация печёночных балок и гибель гепатоцитов. Ядра печёночных клеток уменьшены, подчас сморщены. В цитоплазме можно установить золотистые зернышки липофусцина. В периферических частях долек находим мелкие пустоты. Это жир, растворённый при обработке препарата. Иногда цитоплазма клетки всецело заполняется жировой каплей, оттесняющей ядро к периферии. Подобные случаи ожирения печени относятся к так называемой, мускатной печени. Распространению венозного полнокровия из центров на периферию долек препятствует высокое давление в синусоидах периферии долек – месте впадения веточки печёночной артерии.



Обозначить:

- 1 - расширенная центральная вена
- 2 - расширенные капилляры
- 3 - жировая дистрофия гепатоцитов периферии долек
- 4 - портальные тракты

3) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: полнокровие (гиперемия), мускатная печень, цианотическая индурация почек, бурая индурация легких, гидроторакс, гидроперикард, асцит, анасарка, ишемия, анемия, геморрагия, гемоптоз, гемотемезис, метроррагия, эпистаксис, мелена, гематома, геморрагическая инфильтрация, гемоторакс, гемоперитонеум, экхимозы, петехии, сладж, стаз, тромбоз, тромбы пристеночные и обтурирующие, шаровидные, гиалиновые, дилатационные, застойные (марантические), канализация, организация, васкуляризация тромба, тромбоэмболия, тромбофлебит, эмболия, инфаркт, инсульт, инфаркты белые, белые с геморрагическим венчиком, красные, субэндокардиальные трансмуральные, миомаляция, мумификация, лимфостаз, слоновость, отеки, плазморрагия, асцит.

К занятию № 2

1) Вопросы для собеседования.

1. Стадии тромбообразования
2. Диагностика воздушной и жировой эмболий
3. Морфологическая характеристика синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдрома).
4. Морфологическая характеристика шока
5. Морфологическая характеристика ТЭЛА

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 24. Пристеночный тромб в аорте.

Стенка аорты утолщена, интима её неровная, с многочисленными фиброзными бляшками и участками атероматозных язв, к одной из которых плотно прикреплён плотный крошащийся тромб с гофрированной поверхностью, резко суживающий просвет сосуда. Его головка имеет строение белого тромба и плотно фиксирована к интиме, тело (смешанного строения) и хвост (красный тромб) лежат свободно. Наиболее часто тромбообразование сопровождается заболеваниями, протекающие с повреждением сосудистой стенки (атеросклероз, васкулиты), увеличением вязкости крови (гемобластозы, эритроцитоз, ДВС-синдром), снижением скорости тока крови (пороки сердца и сосудов). Среди осложнений особое место занимают: отрыв тромба, тромбоэмболический синдром, септический аутолиз. Рост тромба может привести к закрытию устьев отходящих сосудов с развитием некроза органов. К благоприятным исходам относят асептический аутолиз и организацию тромба с дальнейшим восстановлением проходимости сосуда. Значение тромбоза определяется скоростью его развития, локализацией и распространённостью (инфаркты в органах).

Макропрепарат № 30. Тромбоз глубоких вен голени.

Между группами мышц голени по фасциям располагаются резко расширенные, извитые с утолщенной стенкой вены, просвет которых обтурирован тёмно-красными суховатыми массами с тусклой поверхностью, связанные с внутренней оболочкой сосуда. Причинами развития являются состояния и заболевания, приводящие к застою крови в нижних конечностях (беременность, асцит, увеличение массы тела, опухоли органов брюшной полости), врождённая слабость сосудистой стенки. Наиболее грозным осложнением является тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА). Также возможно возникновение трофических язв нижних конечностей.

Макропрепарат № 25. Кокковые эмболы в почке.

Почки незначительно увеличены в размерах, дряблые. Капсула набухшая, тусклая, снимается легко. Поверхность органа гладкая, малокровная (светло-коричневая), пёстрая за счёт мелкоочечных кровоизлияний и очагов гнойного воспаления (абсцессы). На разрезе корковое и мозговое вещество несколько расширены, анемичны, пёстро-вишневого цвета, границы между ними неразличимы. Чашечно-лоханочная система макроскопически не изменена. Апостематозный (гнойничковый) нефрит является проявлением септикопиемии. При слиянии абсцессов возможно образование карбункула почки.

Макропрепарат №26. Метастазы рака почки в печень.

Печень имеет равномерный коричневый цвет с красным оттенком, может незначительно увеличиваться в размерах, поверхность её неравномерно бугристая, капсула напряжена, нижний край закруглён, неровный. На поверхности и на разрезе констатируются множественные опухолевидные узлы округлой формы, плотной консистенции, диаметром до 2,5 см., без чётких границ, серо-жёлтого цвета. В центре некоторых узлов имеются участки застоя (умбиликальные, пупковидные). Вокруг метастатических очагов развивается реактивный параканкрозный гепатит, что усугубляет печёночную недостаточность. Метастазы злокачественной опухоли можно рассматривать как тканевую (клеточную) эмболию.

Макропрепарат № 29. Цистицеркоз головного мозга.

Масса и размеры головного могут не изменяться, рисунок извилин сохранён, полушария симметричны. На мягких мозговых оболочках, преимущественно основания мозга, определяются множественные округлые белесоватые узелки с полостью, заполненной прозрачной бесцветной жидкостью – рецезозный цистицерк. На разрезе граница между серым и белым веществом чётко различима, в веществе головного мозга беспорядочно располагаются множественные кисты с тонкой плотной полупрозрачной стенкой диаметром от 1 до 10 мм, заполненные водянистой жидкостью. Эти кисты содержат личиночную форму свиного цепня. Некоторые узелки могут выбухать в просвет боковых желудочков, и даже целиком в них располагаться. Локализация цистицерков в головном мозге является самой опасной формой заболевания и развивается по типу паразитарной микробной эмболии.

Макропрепарат № 3. Ишемический инфаркт селезенки с рубцеванием.

Селезёнка увеличена в размерах, неоднородной консистенции, капсула её гладкая. В области одного из полюсов определяется неправильной формы светло-жёлтый тусклый участок дряблой консистенции. Капсула над ним набухшая, тусклая с нежными наложениями фибрина. На разрезе патологический очаг имеет клиновидную форму, с вершиной, обращённой в сторону ворот, а основанием – к капсуле. На диафрагмальной поверхности визуализируется организовавшийся инфаркт в виде глубокого втянутого рубца белого цвета, треугольной формы. Инфаркт селезёнки появляется в результате как местного тромбоза сосудов, так и эмболии селезёночной артерии, чаще всего из полостей левого сердца. Рубцевание является благоприятным исходом и на функцию макроорганизма практически не влияет. В случае септического аутолиза может наступить генерализация инфекции, а иногда - сепсис.

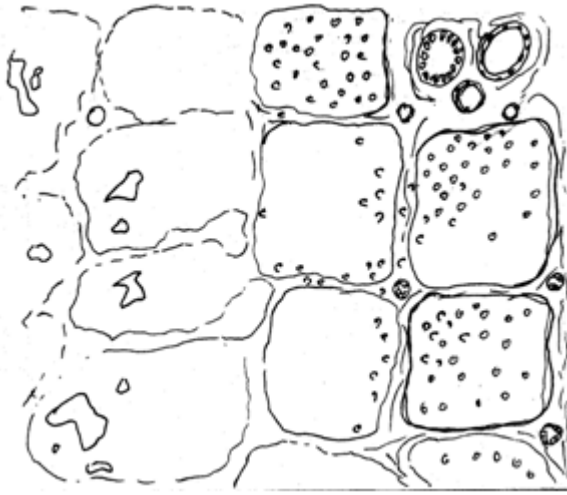
Макропрепарат № 5. Ишемический инфаркт головного мозга.

Масса головного мозга увеличена, полушария симметричны, борозды расширены, извилины несколько сглажены. Мягкая мозговая оболочка гладкая, блестящая, прозрачная, сосуды её полнокровны. В области постцентральной извилины одного из полушарий визуализируется патологический очаг неправильной формы, дряблой консистенции, серого цвета с желтоватым оттенком, без чётких границ. На разрезе участок ишемии затрагивает только кору головного мозга, имеет неправильную форму. Причинами ишемического инфаркта служат тромбоз, эмболия и/или длительный спазм церебральных сосудов. Наиболее частым исходом ишемического инфаркта, затрагивающего только серое вещество головного мозга, является развитие глиального рубчика.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 57. Геморрагический инфаркт лёгкого (окраска гематоксилином и эозином).

Некроз охватывает межальвеолярные перегородки, однако, благодаря наличию в них эластических волокон, стенки могут долго сохранять своё расположение и черты строения, не подвергаясь окончательному распаду, клеток в них немного. В противоположность застойным процессам, когда эритроциты выходят в просвет альвеол в единичном количестве, при инфаркте просвет альвеол целиком выполнен излившейся из сосудов кровью. При этом иногда можно обнаружить и волокна фибрина. В сохранившейся ткани лёгкого наблюдается расширение и полнокровие сосудов, вокруг которых отмечаются скопления лейкоцитов и макрофагов.

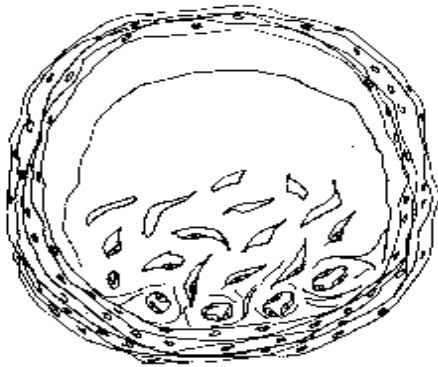


Обозначить:

- 1 - кровь, излившаяся в альвеолы с признаками гемолиза (гомогенного красного цвета)
- 2 - сдавленные межальвеолярные перегородки с ещё сохранившимися единичными клетками
- 3 - расширенные капилляры в межальвеолярных перегородках в сохранившейся ткани
- 4 - элементы воспаления

Микропрепарат № 61. Организация тромба (окраска по ван Гизон).

Новообразованная соединительная ткань везде непосредственно переходит из тромба во внутреннюю оболочку сосуда. Она имеет волокнистое строение и бедна клетками. Местами, однако, в ней могут появиться небольшие группы макрофагов, содержащие глыбки гемосидерина. Также внутри этой соединительной ткани видны небольшие полости, стенки которых высланы эндотелием. Это новообразованные сосуды, главным образом, капилляры, связанные с vasa vasorum сосудистой стенки. Кроме этих сосудов, встречаются более крупные полости, имеющие разнообразные очертания. Они обнаруживаются ближе к сосудистой стенке и соответствуют остаткам первоначального просвета сосуда. Эти щели также покрыты эндотелием и наличие их указывает на бывшую в данном месте канализацию тромба.

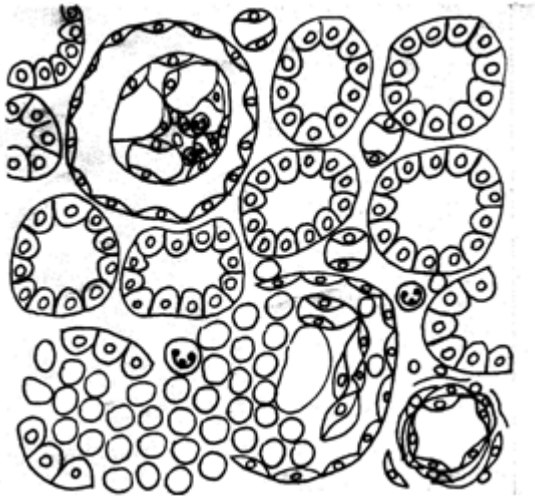


Обозначить:

- 1 - мышечная оболочка сосуда
- 2 - соединительная ткань, замещающая бывший тромб, сливающаяся с интимой (организация)
- 3 - новообразованные сосуды среди соединительной ткани
- 4 - отложения пигмента гемосидерина

Микропрепарат № 63. Метастатические гнойники в почке (окраска гематоксилином и эозином).

Микроабсцессы на гистологическом срезе представляют собой обильное скопление полиморфноядерных лейкоцитов, которые легко узнаются благодаря интенсивной окрашиваемости гематоксилином их ядер. Полости абсцессы ещё не образуют, и начинающаяся колликвация определяется по разряжению тканей. В центральной части этих участков иногда видны скопления бактерий, имеющие вид мелкозернистой массы, сильно окрашенной гематоксилином и выполняющей просвет сосуда или канальца.



Обозначить:

- 1 - бактериальные эмболы в сосудах (синего цвета)
- 2 - бактерии в окружающих канальцах (синего цвета)
- 3 - некротическая ткань (бледные неокрашенные ядра)
- 4 - лейкоцитарный инфильтрат с ядрами синего цвета

3) Дать определение следующим **ТЕРМИНАМ**: полнокровие (гиперемия), мускатная печень, цианотическая индурация почек, бурая индурация легких, гидроторакс, гидроперикард, асцит, анасарка, ишемия, анемия, геморрагия, гемоптоз, гемотенезис, метроррагия, эпитаксис, мелена, гематома, геморрагическая инфильтрация, гемоторакс, гемоперитонеум, экхимозы, петехии, сладж, стаз, тромбоз, тромбы пристеночные и обтурирующие, шаровидные, гиалиновые, дилатационные, застойные (марантические), канализация, организация, васкуляризация тромба, тромбоемболия, тромбофлебит, эмболия, инфаркт, инсульт, инфаркт, инсульт, инфаркты белые, белые с геморрагическим венчиком, красные, субэндокардиальные трансмуральные, миомаляция, мумификация, лимфостаз, слоновость, отеки, плазморрагия, асцит.

4) Тестовый контроль:

ТЕСТ I.

Выберите один или несколько правильных вариантов

1. ВИД МЕСТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМИИ

1. Обтуриационная
 2. **Постанемическая**
 3. Ишемическая
 4. Гидростатическая
 5. Механическая
2. ВАКАТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
1. **Постановке медицинских банок**
 2. Удалении зажима, наложенного на артерию
 3. Закрытии тромбом магистральной артерии
 4. Параличе сосудосуживающего нерва
3. В ИСХОДЕ «МУСКАТНОЙ» ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ
1. Гепатит
 2. **Цирроз**
 3. Стеатоз
 4. Массивный некроз
 5. Механическая желтуха
4. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБЩЕМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ РАЗВИВАЕТСЯ
1. **Мускатная печень**
 2. Гидроцефалия
 3. Большая белая почка
 4. Большая сальная почка
 5. Все перечисленное
5. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБЩЕМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ РАЗВИВАЕТСЯ
1. **Мускатная печень**
 2. **Бурая индурация легких**
 3. **Цианотическая индурация почек**
 4. **Асцит**

6. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ ЗАСТОЕ В ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ
 1. Отложение амилоида
 2. Отложение извести
 3. **Атрофия гепатоцитов**
 4. Холестаз
7. В ЛЕГКИХ НАКАПЛИВАЕТСЯ ГЕМОСИДЕРИН ПРИ
 1. Остром венозном полнокровии
 2. **Хроническом венозном полнокровии**
 3. Острой пневмонии
 4. Эмфиземе
 5. Шоке
8. ОСТРОЕ ВЕНОЗНОЕ ПОЛНОКРОВИЕ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
 1. Декомпенсации гипертрофированного сердца
 2. Пороке трикуспидального клапана
 3. Кардиосклерозе
 4. **Инфаркте миокарда**
9. ПРИ МУСКАТНОЙ ПЕЧЕНИ В ЦЕНТРЕ ДОЛЬКИ
 1. **Кровоизлияние**
 2. **Полнокровие**
 3. **Атрофия гепатоцитов**
 4. **Начало разрастания соединительной ткани**
10. КРОВОИЗЛИЯНИЕ - ЭТО
 1. Скопление крови в серозных полостях
 2. **Скопление крови в тканях**
 3. Истечение крови из сосуда
 4. Истечение крови во внешнюю среду
 5. Разрыв стенки сосуда
11. СКОПЛЕНИЯ КРОВИ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ПОЛОСТИ - ЭТО
 1. Гидроторакс
 2. Гидроперитониум
 3. Гематома
 4. **Гемоперикардиум**
 5. Геморрагия
12. МЕХАНИЗМ КРОВОТЕЧЕНИЯ
 1. Стаз
 2. Плазморрагия
 3. Геморрагия
 4. **Диapedез**
 5. Ангиоспазм
13. КРОВОИЗЛИЯНИЕ
 1. **Гематома**
 2. Геморрагический плеврит
 3. Асцит
 4. Анасарка
14. БЫСТРАЯ БОЛЬШАЯ КРОВОПОТЕРЯ ПРИВЕДЕТ К
 1. Венозному полнокровию
 2. Отеку органов
 3. Стазу
 4. **Острому малокровию**
 5. Хроническому малокровию
15. НА МЕСТЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ОБРАЗУЕТСЯ ПИГМЕНТ
 1. Меланин
 2. Липофусцин

3. **Гемосидерин**
4. Липохром
5. Гемоглобин
16. «РЖАВАЯ» КИСТА ГОЛОВНОГО МОЗГА ОБРАЗУЕТСЯ НА МЕСТЕ
 1. Некроза
 2. **Гематомы**
 3. Ишемического инфаркта
 4. Опухоли
 5. Эхинококковой кисты
17. ГЕМАТОМА – ЭТО
 1. Скопление крови в серозных полостях
 2. Скопление крови в тканях без их разрушения
 3. **Скопление крови в тканях с их разрушением**
 4. Плоскостное кровоизлияние
 5. Мелкоточечное кровоизлияние
18. ИСХОД КРОВОИЗЛИЯНИЯ
 1. Гематома
 2. **Организация**
 3. Некроз
 4. Петехия
 5. Нарушение функции
19. ГЕМАТОМА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПУТЕМ
 1. **Разрыва сосуда**
 2. Разъедания стенки сосуда
 3. Повышения проницаемости
20. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕТЕХИИ В КОЖЕ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ РАЗВИВАЮТСЯ ПУТЕМ
 1. Разрыва
 2. Разъедания
 3. **Повышения проницаемости**
21. СТАЗ – ЭТО
 1. Уменьшение притока артериальной крови
 2. Увеличение вязкости крови
 3. Затруднение оттока крови из органа
 4. **Остановка тока крови в микроциркуляторном русле**
 5. Прекращение притока артериальной крови
22. ПРИ СТАЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ
 1. **Сладж-феномен**
 2. **Диapedез эритроцитов**
 3. **Периваскулярный отек**
 4. **Некроз тканевых элементов**
23. СЛАДЖ-ФЕНОМЕН – ЭТО
 1. **Прилипание друг к другу форменных элементов крови**
 2. Агглютинация эритроцитов
 3. Увеличение количества форменных элементов крови
 4. Увеличение вязкости крови
 5. Остановка тока крови в микроциркуляторном русле
24. ОТЕК – ЭТО
 1. Увеличение кровонаполнения сосуда
 2. **Увеличение содержания тканевой жидкости**
 3. Затруднение оттока венозной крови
 4. Скопление экссудата в тканях
 5. Плазматическое пропитывание
25. ОТЕКИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

1. Гидростатические
2. **Онкотические**
3. Мембраногенные
4. В связи с задержкой электролитов
5. В связи с застоем лимфы
26. ОТЕКИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
 1. Гидростатические
 2. **Онкотические**
 3. Мембраногенные
 4. В связи с задержкой электролитов
 5. В связи с застоем лимфы
27. СКОПЛЕНИЕ ОТЕЧНОЙ ЖИДКОСТИ – ЭТО
 1. Гематома
 2. Асцит
 3. Экхимоз
 4. **Эксикоз**
 5. Гемоторакс
28. ПРИЧИНА ОСТРОГО МЕСТНОГО МАЛОКРОВИЯ
 1. **Спазм артерии**
 2. **Закупорка артерии тромбом**
 3. **Закупорка артерии тромбозмболом**
 4. **Сдавление артерии жгутом**
29. ОСТРЫЙ ОБЩИЙ ВЕНОЗНЫЙ ЗАСТОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
 1. **Инфаркте миокарда**
 2. Кардиосклерозе
 3. Хронической аневризме сердца
 4. Пороках сердца
 5. Пневмосклерозе
30. «МУСКАТНАЯ» ПЕЧЕНЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ
 1. Остром венозном полнокровии
 2. **Хроническом венозном полно-кровии**
 3. Анемии
 4. Шоке
 5. ДВС-синдроме

ТЕСТ II.

Выберите один или несколько правильных вариантов

1. СТАДИИ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ
 1. **Агглютинация тромбоцитов**
 2. **Коагуляция фибриногена**
 3. **Агглютинация эритроцитов**
 4. **Преципитация белков плазмы**
2. ГИАЛИНОВЫЕ ТРОМБЫ ОБРАЗУЮТСЯ В
 1. Венах
 2. Артериях
 3. **Капиллярах**
 4. Полости сердца
 5. Аорте
3. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ТРОМБА
 1. Организация
 2. **Тромбозмболия**
 3. Петрификация
 4. Васкуляризация
 5. Канализация

4. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ТРОМБА
 1. Септический аутолиз
 2. Гнойное расплавление
 3. **Организация**
 4. Тромбоэмболия
 5. Обтурация просвета сосуда
5. ТРОМБ, СОСТОЯЩИЙ ИЗ ЧЕРЕДУЮЩИХСЯ УЧАСТКОВ КРА КРАСНОГО И БЕЛОГО ТРОМБА - ЭТО
 1. Красный
 2. Белый
 3. **Смешанный**
 4. Гиалиновый
 5. Зернистый пристеночный
6. ТРОМБ, В КОТОРОМ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ
 1. **Красный**
 2. Белый
 3. Смешанный
 4. Слоистый
 5. Гиалиновый
7. ТРОМБ, В КОТОРОМ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ФИБРИНА И ЛЕЙКОЦИТОВ
 1. Красный
 2. **Белый**
 3. Смешанный
 4. Слоистый
 5. Гиалиновый
8. ВИД ЭМБОЛИИ
 1. Ишемическая
 2. **Воздушная**
 3. Ангионевротическая
 4. Вакатная
 5. Воспалительная
9. ВНЕШНИЙ ВИДА ТРОМБА
 1. **Шероховатая поверхность**
 2. Гладкая поверхность
 3. Содержит много влаги
 4. Не прикреплен к стенке сосуда
10. ВНЕШНИЙ ВИДА ТРОМБА
 1. **Шероховатая поверхность**
 2. **Гофрированная поверхность**
 3. **Тусклый вид поверхности**
 4. **Скреплен со стенкой сосуда**
11. ИСТОЧНИК ТРОМБОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
 1. Артерии большого круга кровообращения
 2. **Вены большого круга кровообращения**
 3. Вены малого круга кровообращения
 4. Клапаны левого сердца
 5. Аорта
12. ИСТОЧНИК ТРОМБОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ
 1. **Клапаны левого сердца**
 2. Клапаны правого сердца
 3. **Вены малого круга кровообращения**
 4. Вены большого круга кровообращения

5. Артерии малого круга кровообращения
13. ПУЛЬМОКОРОНАРНЫЙ РЕФЛЕКС РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
 1. Жировой эмболии сосудов легких
 2. Эмболии околоплодными водами у роженицы
 3. Микробной эмболии сосудов легких
 4. **Тромбоэмболии ствола легочной артерии**
 5. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
14. ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
 1. Травматическом размождении жировой клетчатки
 2. **Внутримышечном введении масляных растворов**
 3. Попадании околоплодных вод в кровяное русло
 4. Изъязвлении и отрыве частей атеросклеротической бляшки
 5. Все перечисленное
15. ИНФАРКТ – ЭТО ОЧАГ НЕКРОЗА
 1. Любого генеза
 2. Любой локализации
 3. **Сосудистого генеза**
 4. **В органе в результате прекращения артериального кровотока**
16. КРАСНЫЙ ИНФАРКТ ТИПИЧЕН ДЛЯ
 1. Миокарда
 2. **Легких**
 3. Селезенки
 4. Почек
 5. Печени
17. БЕЛЫЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ПОЯСОМ ИНФАРКТ ТИПИЧЕН ДЛЯ
 1. Кишечника
 2. Кожи
 3. Головного мозга
 4. **Миокарда**
 5. Печени
18. БЕЛЫЙ (ИШЕМИЧЕСКИЙ) ИНФАРКТ ТИПИЧЕН ДЛЯ
 1. **Селезенки**
 2. Кишечника
 3. Легких
 4. Печени
 5. Кожи
19. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ИНФАРКТА
 1. Организация
 2. Петрификация
 3. Образование кисты
 4. **Гнойное расплавление**
 5. Инкапсуляция
20. ИСХОД ИНФАРКТА МИОКАРДА
 1. Киста
 2. Абсцесс
 3. **Рубец**
 4. Гемосидероз
 5. Петрификат
21. ИСХОД ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА
 1. **Киста**
 2. Абсцесс
 3. Рубец
 4. Гемосидероз
 5. Петрификат

22. ИСХОД ИНФАРКТА ПОЧКИ

1. *Киста*

Абсцесс

2. Гемосидероз

3. Рубец

4. Петрификат

23. ВИД ШОКА

1. Острый

2. *Гиповолемический*

3. Обратимый

4. Необратимый

24. ПРИ ШОКЕ В ПОЧКЕ РАЗВИВАЕТСЯ

1. *Некроз эпителия канальцев*

2. Воспаление

3. Гемосидероз

4. Петрификация

5. Отложение уратов

25. ДЛЯ «ШОКОВОЙ ПОЧКИ» ХАРАКТЕРНО

1. Атрофия канальцев

2. *Некроз канальцев*

3. Склероз стромы

4. Воспаление

26. ПРИ ШОКЕ В ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Некроз

2. Жировая дистрофия

3. Исчезновение гликогена

4. *Отек*

5. Воспаление

27. ДЛЯ ШОКОВОГО ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНО

1. Дистрофия

2. *Очаги ателектаза*

3. *Отек*

4. Воспаление

28. ПРИ ШОКЕ В ЛЕГКОМ РАЗВИВАЕТСЯ

1. *Полнокровие*

2. *Кровоизлияние*

3. *Отек*

4. *Ателектазы*

29. В ПЕЧЕНИ ПРИ ШОКЕ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Ишемия

2. *Очаги некроза*

3. Гемосидероз

4. Склероз

5. Воспалительные инфильтраты

30. «ШОКОВЫЙ ОРГАН» - ЭТО

1. Орган, патология которого определяет смертельный исход

2. Орган, изменения в котором вызывают развитие шока

3. *Орган, в котором развиваются тяжелые изменения, обусловленные шоком*

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

Задача № 1.

При вскрытии у внезапно умершего больного в стволе лёгочной артерии обнаружены не спаянные со стенкой плотные массы красного и серо-красного цвета в виде тонких жгутов, не соответствующих диаметру ствола лёгочной артерии.

1. Как называют эти массы?
2. Каков наиболее частый источник их появления в лёгочной артерии?

Задача № 2.

У водолаза, работающего на глубине при строительстве плотины, в момент поднятия на поверхность развилась потеря сознания, наступила смерть. При патологоанатомическом исследовании отмечены: выраженное трупное окоченение, распространённая подкожная эмфизема.

1. Какое заболевание развилось у рабочего?
2. Какой патологический процесс лежит в основе изменений в органах и тканях?
3. Какой механизм этого патологического процесса?
4. Что можно увидеть в сосудах различных органов при микроскопическом исследовании?

Задача № 3.

Ребёнок с тяжёлой формой коклюша, сопровождающегося затяжными приступами кашля, погиб внезапно во время одного из приступов, причиной смерти явилась эмболия.

1. Назовите виды эмболии по характеру эмбола?
2. Эмболия сосудов какого органа явилась причиной смерти?
3. Объясните патогенез этого осложнения?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента

4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: «Издательство «Медицина»	ОАО	31	ЭБ Консультант студента
---	-----------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-----	----	-------------------------------

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тема 2.4. Экссудативное воспаление.

ЦЕЛЬ:

Научиться определять причины, механизм развития, типы тканевых реакций при воспалении, а также отличать на основании морфологической характеристики экссудативное воспаление от других патологических процессов.

Задачи: Научиться определять причины, механизм развития, типы тканевых реакций при воспалении, а также отличать на основании морфологической характеристики экссудативное воспаление от других патологических процессов.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы экссудативного воспаления.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Сущность, причина и механизм развития воспаления.
2. Фазы воспаления, их морфологическая характеристика.
3. Классификация воспаления.
4. Морфологическая характеристика видов экссудативного воспаления.
5. Клиническое значение и исходы отдельных видов экссудативного воспаления.
- 6.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 32. Фибринозный перикардит («волосатое сердце»).

Сердце обычных размеров и формы. Эпикард утолщен, тусклый, покрыт серовато-белыми, шероховатыми наложениями в виде нитей, которые напоминают волосистой покров («волосатое сердце»). Они легко снимаются без образования дефектов. Фибринозный перикардит как самостоятельное заболевание не встречается, а всегда рассматривается как одно из проявлений другого заболевания. Данный процесс встречается при уремии, системных поражениях соединительной ткани, трансмуральных и субэпикардиальных инфарктах миокарда, синдроме Дресслера. В исходе фибрин подвергается организации (адгезивный перикардит) с дальнейшей петрификацией и иногда оссификацией («панцирное или каменное сердце»).

Макропрепарат № 34. Фибринозный ларингит при дифтерии.

На небных миндалинах корня языка видны наложения в виде плотных белых с перламутровым оттенком фибриновых плёнок. Подлежащие ткани резко отёчны, цианотичные. Здесь фибрин тяжело снимается, оставляя глубокие кровоточащие дефекты (язвы). Это объясняется наличием многослойного плоского эпителия и глубоким некрозом тканей. Плёнки распространяются на слизистую гортани. Мягкие ткани гортани резко отёчны, полнокровны, но фибринозный выпот тут слабо связан с эпителием и может от него спонтанно отделяться с образованием поверхностных еле заметных эрозий. Как видно, в зеве диагностируется дифтеритическое фибринозное воспаление, а в гортани – крупозное. В подавляющем большинстве случаев фибринозные фарингит и ларингит развиваются при дифтерии, реже при стрептококковой инфекции и идиопатическом фибринозном ларингите. Плёнки могут спонтанно отторгаться и вызывать механическую

асфиксию. Выраженный отёк мягких тканей подскладочного пространства сопровождается стенозом верхних дыхательных путей и также асфиксией (ложный круп). К благоприятным исходам относятся: элиминация плёнок с рубцеванием язв зева и эпителизацией эрозий гортани.

Макропрепарат № 35. Дифтеритический колит.

Стенка толстой кишки утолщена, уплотнена, в просвете скудное водянисто-кровянистое содержимое. Слизистая оболочка резко полнокровна, утолщена, на эпителии определяются наложения фибрина в виде плёнок серо-жёлтого цвета, плотно соединённых с подлежащими тканями. При отделении их формируются глубокие кровотокающие язвенные дефекты с чёткими неподрытыми краями. Фибринозное воспаление стенки толстой кишки может наблюдаться при инфекционных (шигеллёз, коли-инфекция, псевдомембранозный колит) и соматических заболеваниях (уремия, атонические запоры). Среди осложнений следует отметить перфорацию стенки кишки с развитием калового перитонита, кровотечение. При заживлении язв образуются рубчики.

Макропрепарат № 31. Гнойный лептоменингит.

Масса головного мозга увеличена, полушария симметричны, борозды расширены, извилины несколько сглажены. Мягкая мозговая оболочка отёчная, тусклая, мутная, резко полнокровна с рассеянными мелкоточечными кровоизлияниями. Гнойный экссудат выполняет подпаутинное пространство и пропитывает *tunica arachnoidea* и *pia mater*, скапливается в виде желтовато-серых масс в бороздах вокруг вен, которые хорошо контрастируют на бледном фоне. В свежих случаях экссудата может быть очень мало, а оболочки легко отделяются от мозга, в поздних – появляются рыхлые сращения с тканью мозга, поскольку лептоменингит сопровождается и энцефалитом с распространением воспалительного процесса в глубину мозга вдоль сосудов. Гнойный лептоменингит наиболее часто встречается при менингококковой, стрепто-стафилококковой, клебсиеллёзной инфекции, нередко в сочетании с микобактериями туберкулёза, грибковом поражении. При длительном течении заболевания постепенно происходит лизис клеток и рассасывание экссудата. Возникают небольшие разрастания грануляционной и рубцовой ткани с последующим развитием внутренней гидроцефалии с атрофией вещества головного мозга. Смерть может наступить из-за менингоэнцефалита с вклиниванием и ущемлением стволовых структур в большом затылочном отверстии, синус-тромбозов, генерализации инфекционного процесса (сепсис).

Макропрепарат № 36. Хронический абсцесс головного мозга

Головной мозг обычных размеров и формы, мягкая мозговая оболочка гладкая, блестящая, прозрачная. Наблюдается асимметрия полушарий головного мозга. На разрезе диагностируется полость образования шаровидной формы диаметром 3,5 см., заполненная сливкообразным, желто-зелёным гнойным содержимым с неприятным запахом. Стенка полости утолщена до 0,5 см, плотная, трёхслойная. Хронический абсцесс рассматривается как исход острого при осложнении гнойного среднего отита, синуситов, периодонтита и остеомиелита челюсти, а также может иметь метастатическое происхождение из первичного очага во внутренних органах. Спонтанного заживления процесса не происходит. Довольно типичным осложнением бывает прорыв абсцесса под оболочки или в желудочки мозга, что весьма трагично.

Макропрепарат № 88. Пневмония при гриппе.

Лёгкое увеличено в размерах преимущественно за счёт нижней доли, которая уплотнена, маловоздушна, красного цвета. Плевра над поражённой долей отёчна, с множественными мелкоточечными плохо различимыми кровоизлияниями. На разрезе ткань лёгкого серо-красная, пёстрая за счёт ателектазов и участков геморрагического воспаления. С поверхности разреза стекает большое количество мелкопузырчатой кровянистой жидкости. Слизистая оболочка бронхов отёчная, полнокровная и на поперечном срезе выглядит в виде вывернутых ярко-красных венчиков. Сосуды лёгкого переполнены кровью. Лёгочная ткань, не вовлечённая в воспалительный процесс, повышенной воздушности, серо-розового цвета из-за компенсаторной эмфиземы. В исходе пневмонии серозно-геморрагический экссудат рассасывается полностью. Очень часто пневмония, вызванная вирусом гриппа, осложняется присоединением бактериальной флоры с развитием очаговой бронхопневмонии (осложнённый грипп).

2.3. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ

Микропрепарат № 131. Ларингит при дифтерии. (окраска гематоксилином и эозином)

Эпителий слизистой оболочки на ограниченном участке с коагуляционным некрозом. Границы некроза с подлежащей тканью выражены нерезко, полиморфноядерных лейкоцитов и макрофагов мало. Сосуды подслизистого слоя расширены, полнокровны с явлениями экссудации и диапедеза эритроцитов, виден фибрин на поверхности погибших эпителиальных клеток с переходом на эпителий прилегающих участков. Фибриновые плёнки легко отделяются, но с образованием эрозий.

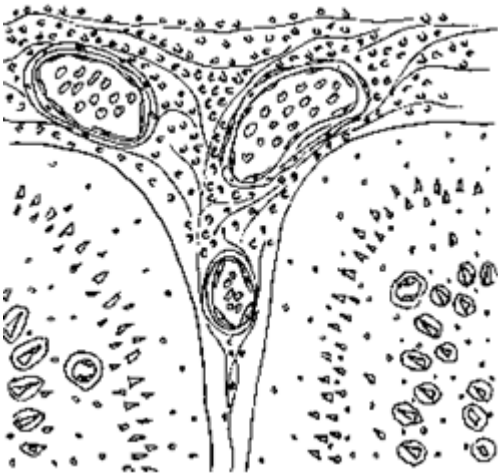


Обозначить:

- 1 - остатки эпителиального покрова
- 2 - фибриновый экссудат
- 3 - некротизированный эпителий
- 4 - расширенные сосуды
- 5 - лейкоцитрано-макрофагальный инфильтрат

Микропрепарат № 139. Гнойный лептоменингит. (окраска гематоксилином и эозином)

Граница между веществом и мозговой оболочкой головного мозга отчётлива. Мягкая и паутинная мозговые оболочки отёчны, густо инфильтрированы палочкоядерными лейкоцитами с незначительной примесью лимфоцитов и макрофагов. Сосуды переполнены кровью, периваскулярные пространства окружены нейтрофилами.

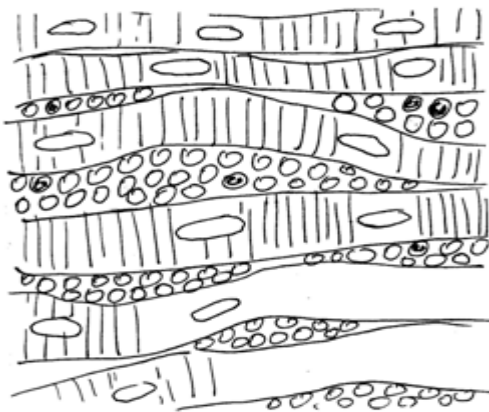


Обозначить:

- 1 - лейкоцитарная инфильтрация мозговых оболочек
- 2 - расширенные кровеносные сосуды
- 3 - скопление нейтрофилов в периваскулярных пространствах

Микропрепарат № 80. Флегмона мышц (окраска гематоксилином и эозином)

Гнойный экссудат диффузно распространяется по межмышечным соединительнотканым прослойкам, расслаивает мышечные волокна и пропитывает их. Миоциты теряют ядра, исчерченность и представляются в виде гомогенных розовых тяжей. Сосуды расширены, резко полнокровны.



Обозначить:

- 1 - лизированные миоциты
- 2 - скопления полиморфноядерных лейкоцитов;
- 3 - расширенный кровеносный сосуд

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций

и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

Задача №5.

Больной обратился в поликлинику по поводу сильных болей во 2-ом пальце правой кисти. Врач обнаружил покраснение и отёк пальца, наличие на концевой фаланге возвышающегося очага округлой формы зеленоватого цвета, флюктуирует. При вскрытии очага выделялось содержимое сливкообразной консистенции, желто-зеленого цвета с неприятным запахом. После дренирования стала видна полость.

1. Какой вид экссудативного воспаления развился на пальце?
2. Какая разновидность этого воспаления?
3. Каков состав экссудата?
4. Почему после удаления экссудата образовалась полость?

Задача №20.

Мужчина 32 лет после резкого охлаждения почувствовал боли при дыхании в правой половине грудной клетки; температура тела – 39°C. При обследовании - притупление перкуторного звука, над нижней долей правого лёгкого, шум трения плевры. Смерть через неделю от начала заболевания наступила при явлениях лёгочно-сердечной недостаточности. На вскрытии: нижняя доля правого лёгкого плотной консистенции с наложением нитей фибрина на плевре. На разрезе ткань лёгкого безвоздушная, серого цвета. В 9, 10 сегментах определяется округлая полость, заполненная гноем.

1. Какое заболевание развилось у больного?
2. С чем связан шум трения плевры?
3. Какая стадия заболевания отмечалась на вскрытии?
4. Какое лёгочное осложнение развилось у больного?

Задача №40.

В летний период пятилетний мальчик остро заболел. Появилась температура до 38°C, появились частые болезненные выделения из кишечника слизистого характера с прожилками алой крови.

1. Какое заболевание можно заподозрить?
2. Какой отдел пищеварительного тракта поражён?
3. Какой характер воспаления при этом встречается преимущественно у детей?

3) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: воспаление, фагоцитоз, гистион, экссудат, альтерация, экссудация, пролиферация, медиаторы воспаления, пиноцитоз, эмиграция клеток, лейкодиapedез, инфильтрат, хемотаксис, хемокинез, эндоцитобиоз, катар, абсцесс, флегмона, круп, ангина, эмпиема, пневмония, фурункул, панариций.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ.

Тема 2.5. Продуктивное воспаление

ЦЕЛЬ: Научиться определять причины, механизм развития, типы тканевых реакций при воспалении, а также отличать на основании морфологической характеристики продуктивное воспаление от других патологических процессов, проводить дифференциальную характеристику различных видов воспаления.

Задачи: Научиться определять причины, механизм развития, типы тканевых реакций при воспалении, а также отличать на основании морфологической характеристики продуктивного воспаления от других патологических процессов.

Обучающийся должен знать:

- до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
- после изучения темы. Определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы продуктивного воспаления.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Вопросы для собеседования.

- Понятие о сущности продуктивного воспаления и его определение.
- Причины развития продуктивного воспаления.
- Классификация продуктивного воспаления.
- Этиология, морфогенез, макроскопическая и микроскопическая картина при диффузном интерстициальном продуктивном воспалении.
- Значение и исходы интерстициального диффузного продуктивного воспаления.
- Этиология, морфогенез, макроскопическая и микроскопическая картина при неспецифическом и специфическом гранулематозном воспалении.
- Значение и исходы неспецифического и специфического гранулематозного воспаления.
- Этиология, морфогенез, макроскопическая и микроскопическая картина при воспалительных гиперпластических разрастаниях.
- Значение и исходы воспалительных гиперпластических разрастаний.
- Понятие об этиологии и морфогенетическая характеристика гранулематозных болезней. Их значение.

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 9. Вторично-сморщенная почка после межпочечного нефрита.

Масса и размеры почки уменьшены. Капсула снимается с трудом, так как местами плотно сращена с паренхимой органа, отделяется с потерей вещества. Поверхность органа неравномерно зернистая с многочисленными грубыми западающими рубцами, часто сливающимися между собой. Западения при этом имеют довольно характерный вид. На поперечном разрезе видны пологие края и плоское дно, обычно не достигающее до мозгового вещества. В промежутках между рубцами почечная паренхима имеет обычный вид, если нет другого заболевания, поражающего почки. Выраженный нефросклероз с явлениями тяжёлой почечной недостаточности с уремией чаще всего развивается как исход продуктивного воспаления при хроническом гломерулонефрите. Значительно реже причинами служат гипертоническая болезнь, сахарный диабет, амилоидоз.

Макропрепарат № 39. Постревматический кардиосклероз.

Сердце обычных размеров и формы. Миокард плотный, красно-коричневый с множественными мелкими нитевидными рассеянными рубчиками от бледно-сероватых до почти белых, не превышающих 2-3 мм в длину, не имеющими связи с сосудистой стенкой, которые являются, чаще всего, исходом ревматического узелкового миокардита. Полости сердца не изменены. Такой «некоронарогенный» вариант мелкоочагового склероза миокарда Гаррисон назвал «синильной болезнью сердца». Сократительная функция сердца не страдает, осложнения связаны со склеротическим поражением проводящей системы сердца, что проявляется нарушениями ритма и проводимости.

Макропрепарат № 41. Милиарный туберкулёз лёгкого.

Лёгкое в размерах увеличено, неоднородной плотности, воздушность лёгочной ткани снижена. Участки эластической консистенции чередуются с очагами плотной консистенции, округлой формы, серо-жёлтого цвета, диаметром около 3 мм. Лёгкие поражаются симметрично, а туберкулёзные узелки располагаются диффузно по всей паренхиме органа. Плевра гладкая, блестящая, в местах прилегания туберкулёзных гранулём набухшая, полнокровная с наложением нитей фибрина. На разрезе ткань лёгкого неоднородная, полнокровная, красно-розовая с множественными очажками серо-жёлтого цвета без чётких границ размером с просыное зерно, не имеют связи со стенкой бронха, располагающимися по ходу сосудов. Каждый такой очаг соответствует туберкулёзной гранулёме. Подобная картина наблюдается при гематогенном милиарном туберкулёзе лёгкого. Благоприятным исходом является пневмофиброз. При прогрессировании болезни возможно развитие тифобациллёза Ландузи (острейший туберкулёзный сепсис). Пациенты умирают от нарастающей сердечно-лёгочной недостаточности.

Макропрепарат № 42. Эхинококк печени.

Печень увеличена в размерах за счёт правой доли, плотноэластической консистенции. Под капсулой верхнего сегмента правой доли печени выбухает солитарная киста около 15 см в поперечном сечении. Эхинококковая киста с живым паразитом имеет слоистую относительно толстую стенку, наружный слой её плотный, сероватый, фиброзный, а внутренний более рыхлый, бледно-розовый. В формировании соединительнотканной капсулы участвует продуктивное воспаление вокруг паразита. Окружающая кисту ткань печени с желтоватым оттенком за счёт жировой дистрофии гепатоцитов, иногда зоной гиперемии. При хирургическом лечении исход заболевания благоприятный, возможным осложнением является разрыв кисты с обсеменением брюшной полости и ростом новых кист.

Макропрепарат № 42а. Альвеококкоз печени.

Размеры печени резко увеличены, нижний край закруглён, капсула гладкая. Поражённая доля неравномерной консистенции, в ней плотный, округлой формы узел, серо-жёлтого цвета, без чётких границ, окружённый зоной некроза дрябловатой на ощупь. Патологический очаг имеет пористую (губчатую) структуру (напоминает ткань лёгкого) за счёт множественных паразитарных мелких кист, содержащих *Alveococcus*. Фиброзная капсула по периферии альвеококкоза не развивается или выражена слабо из-за преобладания дистрофии и некроза над процессами организации. Это осложняет проведение хирургических вмешательств и затрудняет регенерацию. Среди осложнений особое место принадлежит распространению паразита на всю ткань печени.

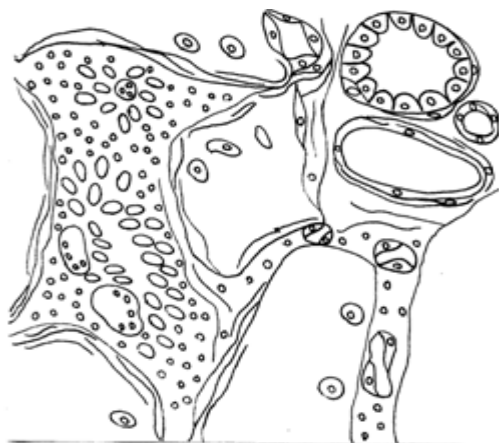
2.2. Рассмотреть и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 2. Туберкулёзная гранулёма в лёгком (туберкул)

(окраска гематоксилином и эозином).

В центре препарата определяется участок творожистого некроза, в виде бесструктурной зернистой массы, среди неё разбросаны остатки ядер лимфоцитов и лейкоцитов. Граница этих некрозов выражена недостаточно ясно, окружена зоной эпителиоидных клеток, ядра которых удлинены по направлению к центру

бугорка. Периферия бугорка интенсивнее окрашена гематоксилином из-за скопления лимфоцитов. В клеточном инфильтрате, а иногда и в зоне некроза встречаются гигантские клетки Пирогова-Лангханса, которые обладают большим числом ядер, располагающихся по периметру клетки, образуя подобие кольца или подковы. Развития сосудов и фиброзной капсулы вокруг эпителиоидных бугорков не наблюдается.



Обозначить:

- 1 - казеозный некроз (розового цвета)
- 2 - зона эпителиоидных клеток
- 3 - гигантские клетки Пирогова-Лангханса
- 4 - лимфоциты

Микропрепарат № 88. Гумма печени.

(окраска по ван Гизон (пикрофуксином))

Гумма представлена некротическим участком, имеющим слабо волокнистый характер с более отчётливыми толстыми пучками коллагеновых волокон, окрашенных пикрофуксином в красный цвет, в то время как некроз в целом серо-жёлтый, клеевидный или буровато-жёлтый. С зоной некроза непосредственно соприкасается широкий пояс плотной фиброзной ткани. Содержание клеток в ней весьма велико. Они лежат, преимущественно, в виде нерезко отграниченных кучек и представлены лимфоцитами и плазматическими клетками. Иногда могут встречаться гигантские многоядерные клетки типа Пирогова-Лангханса. Также в новообразованной ткани видны многочисленные кровеносные сосуды с заметно утолщенными стенками и суженными просветами. Если граница некроза и грануляционной ткани выражена очень отчётливо, то между последней и тканью печени границы, вообще, не существует.

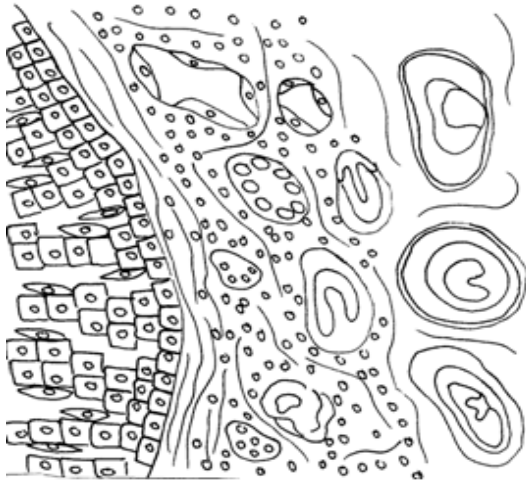


Обозначить:

- 1 - некротический клеевидный участок;
- 2 - остатки соединительной ткани среди некроза;
- 3 - пояс грануляционной ткани с большим содержанием лимфоцитов и коллагеновых волокон;
- 4 - сосуды с утолщенной стенкой (облитерирующий васкулит)

Микропрепарат № 84. Альвеококкоз печени. (окраска гематоксилином и эозином)

Большую часть препарата представляет омертвевшая ткань, сохранившая неясный волокнистый характер, в которой не видно ядер. На этом однородном фоне отчётливо выступают многочисленные светлые полости различной величины и формы. Края их резко ограничены благодаря наличию хитиновой оболочки, неравномерно окрашенной в розовый цвет. Граница некроза и грануляционной ткани выражена отчётливо. В ней преобладают лимфоциты и эозинофилы, причём попадаются и гигантские многоядерные клетки. В толще грануляционной ткани встречаются участки печёночной ткани в виде отдельных групп гепатоцитов и пролиферирующих желчных протоков.



Обозначить:

- 1 - мелкие пузырьки с хитиновой оболочкой
- 2 - некротическая ткань
- 3 - грануляционная ткань
- 4 - гигантские клетки типа инородных тел
- 5 - сохранившиеся гепатоциты

3) Дать определение следующим **ТЕРМИНАМ**: продуктивное воспаление, диффузное интерстициальное воспаление, гранулематозное воспаление, воспалительные гиперпластические разрастания, гранулема, воспалительный полип, остроконечные кондиломы, макрофагальная гранулема, эпителиоидно-клеточная гранулема, гигантоклеточная гранулема, банальное воспаление, специфическое воспаление, склероз, тельца Русселя, эпителиоидные клетки, гигантские клетки Пирогова-Лангханса, клетки Микулича, клетки Тутона, гигантские клетки инородных тел, реакция гиперчувствительности немедленного типа, реакция гиперчувствительности замедленного типа, саркоидоз, цирроз, гиалиноз, перифокальное воспаление, твердый шанкр, гумма, лепрома, лепроматозная форма лепры, туберкулоидная форма лепры, мутиляция, рубец, склерома.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

Выберите один правильный вариант ответа

1. КЛЕТКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА ГЕМАТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. Эндотелиальная
2. Лаброцит
3. Фибробласт
4. **Лимфоцит**
5. Эпителиоидная

2. КЛЕТКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА ГИСТИОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. Моноцит
2. Лимфоцит
3. **Эпителиоидная**
4. Нейтрофильный лейкоцит
5. Эозинофильный лейкоцит

3. ТИПИЧНЫЙ ИСХОД ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

1. Нагноение
2. **Склероз**
3. Петрификация
4. Оссификация
5. Расплавление ткани

4. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

1. **Гранулематозное**
2. Гнойное
3. Геморрагическое
4. Гнилостное
5. Серозное

5. ПРОДУКТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ С

1. Выраженной альтерацией
 2. Образованием гранулем
 3. **Преобладанием пролиферации**
 4. Разрастанием фиброзной ткани
 5. Выраженной экссудацией
6. ТЕЧЕНИЕ ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
1. Острое
 2. Подострое
 3. **Хроническое**
 4. Молниеносное
7. ПРОЛИФЕРИРУЮТ В ОЧАГЕ ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
1. **Макрофаги**
 2. Ретикулоциты
 3. Эритроциты
 4. Нейтрофильные лейкоциты
 5. Базофильные лейкоциты
8. ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОДУКТИВНОГО МЕЖУТОЧНОГО МИОКАРДИТА
1. Очаги сухого некроза
 2. Формирование абсцесса
 3. Чаще острое течение
 4. **Крупноклеточный инфильтрат в строме**
 5. Формирование гигантоклеточных гранулем
9. ИСХОД ПРОДУКТИВНОГО МЕЖУТОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
1. Отек
 2. **Склероз**
 3. Нагноение
 4. Обызвествление
 5. Оссификация
10. ГРАНУЛЕМА – ЭТО ОЧАГ
1. Гнойного воспаления
 2. Скопления лимфоидных клеток
 3. **Скопление клеток, способных к фагоцитозу**
 4. Казеозного некроза
 5. Фиброзной ткани
11. ТИП ГРАНУЛЕМЫ, ПО КЛЕТОЧНОМУ СОСТАВУ
1. Специфическая
 2. **Гигантоклеточная**
 3. Иммунная
 4. Липогранулема
 5. Острая
12. НЕИНФЕКЦИОННАЯ ГРАНУЛЕМА
1. Туберкулезная
 2. **Олеогранулема**
 3. Сифилитическая
 4. При склероме
 5. При проказе
13. ВЫДЕЛИТЕ ИНФЕКЦИОННУЮ ГРАНУЛЕМУ
1. Олеогранулема
 2. Липогранулема
 3. **Сифилитическая**
 4. Вокруг инородного тела
 5. При асбестозе
14. НЕИММУННАЯ ГРАНУЛЕМА ПРИ
1. **Альвеококкозе**

2. Туберкулезе
3. Сифилисе
4. Проказе
5. Склероме
15. ИММУННАЯ ГРАНУЛЕМА ПРИ
 1. Альвеококкозе
 2. Асбестозе
 3. Инородном теле
 - 4. Туберкулезе**
 5. Силикозе
16. ТИП ГРАНУЛЕМЫ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ВОКРУГ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА
 1. Иммунная
 2. Специфическая
 - 3. Гигантоклеточная**
 4. Инъекционная
 5. С высоким уровнем обмена клеток
17. ТИПИЧНЫЙ ИСХОД ГРАНУЛЕМЫ
 - 1. Склероз**
 2. Нагноение
 3. Ослизнение
 4. Рассасывание
 5. Образование кисты
18. ОСЛОЖНЕНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОГО МЕЗАОРТИТА
 1. Аневризма брюшного отдела аорты
 - 2. Аневризма грудного отдела аорты**
 3. Инфаркт миокарда
 4. Кардиосклероз
 5. Аортальный порок сердца
19. ГРАНУЛЕМА НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
 1. Ревматизме
 2. Туберкулезе
 3. Склероме
 - 4. Саркоидозе**
 5. Сифилисе
20. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОЛИПОВ
 1. Серозные оболочки
 2. Мозговые оболочки
 3. Слизистые оболочки аногенитальной области
 - 4. Слизистые оболочки полости носа**
 5. Повсеместно
21. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ
 1. Серозные оболочки
 2. Мозговые оболочки
 - 3. Слизистые оболочки аногенитальной области**
 4. Слизистые оболочки бронхов
 5. Слизистые оболочки полости носа
22. ПРОЛИФЕРАЦИЯ – ЭТО
 1. Гибель клеток
 2. Повреждение клеток
 3. Исход воспаления
 - 4. Размножение клеток**
 5. Синоним регенерации
23. НЕИММУННАЯ ГРАНУЛЕМА
 1. При туберкулезе

2. При сифилисе
 3. При риносклероме
 4. При проказе
 5. **Вокруг инородного тела**
24. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГРАНУЛЕМА
1. Макрофагальная
 2. **Эпителиоидноклеточная**
 3. Гигантоклеточная
 4. Некротическая
 5. Регенераторная
25. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГРАНУЛЕМА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
1. Ревматизме
 2. **Туберкулезе**
 3. Иерсиниозе
 4. Эхинококке
 5. Вокруг шовного материала
26. ВЫСОКАЯ СКОРОСТЬ ОБМЕНА КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ В ГРАНУЛЕМЕ
1. Вокруг инородного тела
 2. Липогранулеме
 3. **При туберкулезе**
 4. Вокруг шовного материала
 5. При эхинококке
27. ДЛЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ХАРАКТЕРНО
1. Острое течение
 2. Чаще полное выздоровление
 3. **Нарушение иммунного гомеостаза**
 4. Обязательно проявление экссудации
 5. Обязательно формирование казеозного некроза
28. ПЛОТНОСТЬ ТКАНЕЙ ПРИ РИНОСКЛЕРОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА ПОЯВЛЕНИЕМ
1. Клеток Микулича
 2. Эпителиоидных клеток
 3. **Гиалиноза**
 4. Лимфоцитов
29. ПРИ СИФИЛИСЕ В ГРАНУЛЕМЕ ОТСУТСТВУЮТ
1. Лимфоциты
 2. Эпителиоидные клетки
 3. **Эозинофилы**
 4. Плазматические клетки
 5. Фибробласты
30. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ МЕЖУТОЧНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ОБЫЧНО ЗАКАНЧИВАЕТСЯ
1. Некрозом
 2. **Склерозом**
 3. Отеком
 4. Дистрофией
 5. Аутоиммунозацией

3) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

Задача №57

При вскрытии трупа мужчины 45 лет на передней стенке грудной полости был обнаружен инфильтрат, толщиной 4 см, распространяющийся в виде панциря на листы плевры и диафрагму, так же были поражены регионарные лимфатические узлы и печень (узелки серо-белого цвета, плотной консистенции, округлой формы), в полости имелось небольшое количество серозно-геморрагического экссудата. Данные лабораторного исследования экссудата: обнаружены атипичные крупные клетки с вакуолизированной

цитоплазмой, в некоторых клетках обнаружен единичный митоз, так же были обнаружены клетки крови. Из истории болезни: работал на стройке с асбестосодержащими продуктами, курил с 16 лет, последние 10 лет выкуривал по одной пачке в день, 10 лет назад был поставлен хронический бронхит.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Как связан диагноз и данные из истории болезни?

Задача №1.

При гистологическом исследовании пунктата печени больного, 9 месяцев назад перенесшего острый вирусный гепатит, обнаружены очаговые инфильтраты из гистиоцитов, лимфоцитов, плазматических клеток в несколько расширенных, склерозированных портальных трактах, в печёночные дольки инфильтраты не проникают, структура долек сохранена, в гепатоцитах – незначительная гиалиново-капельная и гидропическая дистрофия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные данные можно получить при окраске препарата орсеином?

Задача №17.

У больной, умершей от декомпенсированного порока сердца, в 8-10-м сегментах лёгких обнаружены мелкие, округлой формы, багрово-красного цвета участки безвоздушной лёгочной ткани.

1. Что это за поражение лёгких?
2. Патогенез этого поражения.
3. Имело ли это значение в танатогенезе?

Задача №19.

При гистологическом исследовании биоптата левого ушка сердца человека обнаружено ревматическая гранулёма Ашоффа-Талалаева.

1. Определите, к какой разновидности иммунопатологической реакции относится гранулёма?
2. Какой механизм лежит в основе её развития?
3. К какой группе заболеваний относится ревматизм?

Задача №21.

При гистологическом исследовании среднего слоя аневризматически расширенного восходящего отдела аорты обнаружены скопления лимфоцитов, плазматических клеток, фибробластов, единичных гигантских клеток Маршалко-Унна.

1. Как называется этот процесс в аорте?
2. Для какой стадии заболевания характерны описанные изменения?

Задача №30.

При первичном осмотре у недоношенного новорожденного заподозрено внутриутробное инфекционное заболевание. Для уточнения диагноза проведено гистологическое исследование плаценты, в ней обнаружены гранулёмы, состоящие из лимфоцитов, эпителиоидных и многоядерных гигантских клеток Пирогова-Лангханса и очагов казеозного некроза.

1. Какое заболевание может быть заподозрено у матери и новорожденного?
2. Возможные пути инфицирования плода?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется

2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется
---	-----------	----------------	-------------------------	----	---------

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ.

Тема 2.6. Опухолевый рост. Морфологическая характеристика, морфогенез и гистогенез опухолей.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Научиться давать определение опухоли; изучить особенности свойств клеток опухолей, виды атипизма; теории возникновения опухоли; знать классификации опухолей по гистогенезу, степени зрелости и дифференцировки, отличия злокачественных и доброкачественных опухолей; знать теорию опухолевой прогрессии Фулдса; уметь оценивать прогноз опухоли для больного; изучить опухоли производных мезенхимы.

Задачи:

Научиться давать определение опухоли; изучить особенности свойств клеток опухолей, виды атипизма; теории возникновения опухоли; знать классификации опухолей по гистогенезу, степени зрелости и дифференцировки, отличия злокачественных и доброкачественных опухолей; знать теорию опухолевой прогрессии Фулдса; уметь оценивать прогноз опухоли для больного.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы опухолей.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Вопросы для собеседования.

1. Определение опухоли.
2. Теории возникновения опухолей.
3. Классификации опухолей по степени зрелости и дифференцировки, органоспецифичности и гистогенезу.
4. Свойства опухолевых клеток, особенности макро- и микроскопического строения опухолей.
5. Понятие об опухолевом атипизме (клеточном и тканевом).
6. Виды роста опухоли.
7. Характеристика злокачественных и доброкачественных опухолей, их отличия.

8. Понятие о морфогенезе и гистогенезе опухолей.
9. Осложнения и причины смерти при опухолях.
10. Прогноз для больных с онкологической патологией; факторы, влияющие на прогноз.

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 61. Фибромиома матки.

Матка значительно увеличена в размерах преимущественно за счёт среднего слоя, поверхность её бугристая. В теле матки определяются множественные, чётко ограниченные, круглые, плотные, серовато-белые на разрезе, волокнистые новообразования размерами от 1 до 5 см в диаметре. Самые крупные из них содержат желтовато-коричневые или красные зоны размягчения ткани, соответствующие очагам кровоизлияния и некроза. Анатомо-топографически различают субсерозные, интрамуральные и субмукозные миоматозные узлы. Фибромиомы матки – самые частые дисгормональные новообразования у женщин. Лейомиома признана эстрогензависимой неоплазией, чаще возникает на фоне гиперэстрогении, поэтому нередко сочетается с гиперпластическими изменениями эндометрия. После кастрации или наступления менопаузы она способна подвергаться обратному развитию или даже обызвествлению. Возможными осложнениями являются: сдавление близлежащих органов и тканей, перекрут ножки субсерозного узла с последующим некрозом и появлением пельвиоперитонита, а также рождение субмукозной лейомиомы. В узлах миомы при их быстром росте может начаться лейомиосаркома.

Макропрепарат № 64. Рабдомиома предсердия.

Масса и размеры сердца значительно увеличены, форма изменена за счёт опухолевых образований предсердий. Неоплазма исходит из миокарда предсердий, представлена двумя узлами овальной формы с чёткими границами, плотной консистенции, однородными, серого цвета, выбухающими в полость предсердий. Наиболее часто встречается у детей. Осложнения и гибель пациентов обусловлены выраженными нарушениями внутрисердечной гемодинамики, проявляющимися недостаточностью коронарного и церебрального кровообращения, кардиогенным отёком лёгких, тромбозом, синдромом. Гистологически опухоль дифференцированная, но клинически имеет неблагоприятный прогноз ввиду невозможности проведения радикального хирургического лечения.

Макропрепарат № 62. Низкодифференцированная фибросаркома средостения.

В средостении визуализируется новообразование шаровидной формы, бугристое, плотной консистенции, серого цвета. Неоплазма не имеет чётких границ, прорастает аорту и стенку сердца. На разрезе волокнистого строения с множественными участками некроза и кровоизлияний, придающими опухоли пёстрый вид. Обычно фибросаркома развивается de novo, излюбленной локализацией являются конечности. Опухоль метастазирует, преимущественно, гематогенным путём. Причинами смерти являются прорастание саркомой жизненно важных органов, а также развитие метастатических депозитов.

Макропрепарат № 49. Блюдцеобразный рак желудка.

Слизистая оболочка желудка складчатая, на малой кривизне визуализируется экзофитно растущий опухолевый узел плотной консистенции диаметром 8 см с валиком по краям, кратерообразным углублением центральной части в результате некроза и изъязвления, придающим вид блюдца. На разрезе опухоль однородная, серо-белесоватая, без чётких границ, прорастает все слои стенки желудка. По ходу a. gastrica dextra et sinistra определяется группа резко увеличенных в размерах, плотных, спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов серо-белого цвета на разрезе. Блюдцеобразный рак желудка, как правило, развивается de novo и гистологически представлен аденокарциномой различной степени дифференцировки. Помимо лимфогенного пути метастазирования он может распространяться и гематогенно в печень по системе v. porta и быстро приводить больных к смерти.

Макропрепарат № 51. Рак мочевого пузыря.

Мочевой пузырь увеличен в размерах, растянут, в области треугольника Льюто (шейка пузыря), выявляется грубоворсинчатый опухолевый узел в виде сосочков мягкой консистенции, с поверхности покрытый сгустками крови тёмно-красного цвета. На разрезе ткань опухоли серого цвета с множественными вторичными изменениями в виде кровоизлияний и участков некроза, что придаёт неоплазме пёстрый вид. Рак прорастает стенку мочевого пузыря с явлениями инвазии предстательной железы. Среди осложнений карцином мочевого пузыря наиболее характерны острая задержка мочи, макрогематурия. Гистологически чаще диагностируется переходно-клеточный или плоскоклеточный типы. Метастазы в лимфатических узлах малого

таза, а также гематогенные в лёгких.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 209. Метастаз рака желудка в печень (окраска гематоксилином и эозином).

В ткани печени определяются комплексно расположенные полиморфные опухолевые клетки, отличающиеся от гепатоцитов различной формой и величиной, ядра их богаты хроматином. Эти клетки формируют структуры в виде железистых трубок и солидных пластов. По периферии ракового депозита нередко развивается воспалительная реакция, представленная лимфоцитами, нейтрофилами, плазматическими клетками.



Обозначить:

- 1 - ткань печени
- 2 - раковые железы
- 3 - соединительнотканная строма опухоли
- 4 - атипичные клетки в солидных очагах

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: опухоль, новообразование, бластома, автономный рост, атипизм, анаплазия, катаплазия, онкология, аррозия, раковая язва, органоидная опухоль, гистиоидная опухоль, скирр, гомологическая опухоль, гетерологическая опухоль, гетеротопическая опухоль, тканевой атипизм, клеточный атипизм, патология митоза, атипизм ультраструктур, дифференцировка опухолевых клеток, биохимический атипизм, гистохимический атипизм, ферментный профиль, антигенный атипизм, эмбриональные антигены, гетероорганные антигены, экспансивный рост, аппозиционный рост, инфильтрирующий рост, эндофитный рост, экзофитный рост, уницентрический рост, мультицентрический рост, доброкачественная опухоль, злокачественная опухоль, гематогенные метастазы, лимфогенные метастазы, имплантационные метастазы, рецидив опухоли, общее влияние опухоли, местное влияние опухоли, опухоли с местнодеструктивным ростом, морфогенез, предопухолевые патологические процессы, дисплазия, облигатный предрак, факультативный предрак, малигнизация, гистогенез опухоли, прогрессия опухоли.

3) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕРМИНОВ ОТНОСИТСЯ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ

1. Гамартома
2. Рак
3. Карцинома
4. Саркома

5. Тератома
2. ВСЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТЕОСАРКОМЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
 1. Самая частая первичная опухоль костной ткани
 2. *Метастазы других опухолей в кости встречаются реже, чем остеосаркома*
 3. Пик заболеваемости – 10 – 20 лет
 4. Чаще поражаются длинные кости в области коленного сустава
 5. Часто возникают метастазы в легкое
3. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ САРКОМЫ ЮИНГА
 1. *Опухоль представлена мелкими лимфоцитоподобными клетками*
 2. *Для верификации опухоли используются ШИК-реакцию*
 3. Чаще локализуется в эпифизах трубчатых костей
 4. Наиболее часто встречается в среднем возрасте с одинаковой частотой у мужчин и у женщин
 5. *Характерна рентгенологическая картина «луковой шелухи»*
 6. Не метастазирует
4. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ МЯГКОТКАНЫМ ОПУХОЛЯМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
 1. *К мягкотканым опухолям относят все мезенхимальные опухоли, а также опухоли периферической нервной системы*
 2. Чем более поверхностно расположена опухоль, тем менее злокачественно ее клиническое течение
 3. Чем больше размеры опухоли, тем более вероятно, что она злокачественна
 4. Чем быстрее растет опухоль, тем она более злокачественна
 5. Обызвествление опухоли не имеет прогностического значения
5. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЕРНЫЕ ДЛЯ ХОНДРОСАРКОМЫ
 1. Наиболее часто встречается в детском возрасте
 2. Характерно поражение околокортикальной зоны костей
 3. Чаще поражаются кисти и стопы
 4. Чаще возникает в эпифизарной ростковой зоне
 5. *Характерен медленный рост*
6. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЕРНЫЕ В ОТНОШЕНИИ САРКОМЫ КАПОШИ
 1. Классическая форма чаще встречается у женщин
 2. *Саркому Капоши можно отнести к ангиосаркомам*
 3. *Гистологически представлена пучками вытянутых клеток и щелями, выстланными эндотелием, и заполненных эритроцитами*
 4. ВИЧ вызывает опухоль
 5. *При ВИЧ-инфекции характерна локализация опухоли во внутренних органах*
7. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЯГКОТКАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ИМЕЕТ БИФАЗНОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ И СОСТОИТ ИЗ КУБИЧЕСКИХ ЭПИТЕЛИОПОДОБНЫХ И ВЕРЕТЕНООБРАЗНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК
 1. Злокачественная фиброзная гистиоцитома
 2. Узловатый фасциит
 3. Липосаркома
 4. Рабдомиосаркома
 5. *Синовиальная саркома*
8. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЕРНЫЕ В ОТНОШЕНИИ МЯГКОТКАНЫХ ОПУХОЛЕЙ
 1. *Наличие инфильтративного роста – признак, недостаточный для диагноза саркомы*
 2. *При макроскопическом исследовании вокруг саркомы может быть обнаружена капсула*
 3. *В доброкачественных опухолях обычно не бывает некроза*
 4. *Размер опухоли – важный прогностический признак при саркоме*

5. Некоторые доброкачественные опухоли могут метастазировать
9. У 13-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ОБНАРУЖЕНА ОПУХОЛЬ В МОЗЖЕЧКЕ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
1. Глиобластома
 2. Эпендимома
 3. Менингиома
 4. **Медуллобластома**
 5. Олигодендроглиома
10. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
1. Является частой причиной менометроррагии
 2. **Часто малигнизруется**
 3. Часто обладает мультицентрическим ростом
 4. Отмечается рост опухоли во время беременности
 5. Регрессирует в менопаузе
11. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННУЮ МЕЗЕНХИМАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДКА
1. Аденома
 2. **Лейомиома**
 3. Гломусная опухоль
 4. Липома
 5. Неврилеммома
12. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ САМОЙ ЧАСТОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
1. **Локализуется в белом веществе, границы не четкие**
 2. **Имеет пестрый вид**
 3. **Обычно возникает в возрасте после 40 лет**
 4. Часто дает метастазы в легкое
 5. Часто прорастает в кости черепа
13. САРКОМУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
1. Образование пластов опухолевых клеток
 2. Возникновение, большей частью, в пожилом и старческом возрасте
 3. **Преимущественно гематогенное метастазирование**
 4. Развитие из эпителиальной ткани
 5. **Развитие из ткани мезенхимального происхождения**
14. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ САРКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Лимфогенный
 2. **Гематогенный**
 3. Периневральный
 4. Имплантиционный
15. К ОПУХОЛЯМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
1. Аденома
 2. **Ангисаркома**
 3. Папилома
 4. Гепатома
 5. Костная мозоль
16. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ
1. Ангиофиброма носоглотки

2. **Фиброма кожи**
 3. Лейомиосаркома
 4. Десмоид
 5. Хондросаркома
17. ОПРЕДЕЛЕНИЕ САРКОМЫ
1. Незрелая опухоль из фиброзной ткани
 2. **Незрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения**
 3. Зрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения
 4. Зрелая опухоль из фиброзной ткани
18. ЗРЕЛАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ
1. Лимфангиома
 2. **Гемангиома**
 3. Гемангиосаркома
 4. Карциносаркома
 5. Мезенхимома
19. НЕЗРЕЛАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ ТКАНЕЙ ПРОИЗВОДНЫХ МЕЗЕНХИМЫ
1. Аденома
 2. Папилома
 3. Карцинома
 4. Рак
 5. **Саркома**
20. ВЫБЕРИТЕ ОПУХОЛЬ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ
1. Гемангиома
 2. Липосаркома
 3. Дифференцированная фибросаркома
 4. **Гемангиосаркома**
 5. Десмоид
21. ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ САРКОМЫ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
1. Костях
 2. Региональных лимфоузлах
 3. Почках
 4. **Печени**
 5. Легких
22. ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В
1. Костях
 2. Региональных лимфоузлах
 3. Почках
 4. Печени
 5. **Легких**
23. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ
1. Зрелая опухоль
 2. Обладает местнодеструктивным ростом
 3. **Метастазирует**
 4. Развивается из кровеносных сосудов
 5. Часто встречается в коже
24. САРКОМА – ЭТО НЕЗРЕЛАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ
1. Эпителия

2. Кроветворной ткани
 3. Фиброзной ткани
 4. **Тканей, производных мезенхимы**
 5. Лимфатической ткани
25. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ

1. **Фибромиома**

2. Лейомиосаркома
3. Остеосаркома
4. Десмоид
5. Липосаркома

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛЕЙОМИОМЫ

1. Кожа
2. Сердце
3. **Матка**
4. Мягкие ткани
5. Желудок

27. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

1. Фибромиома
2. **Лейомиосаркома**
3. Ангиофиброма носоглотки
4. Десмоид
5. Хондрома

28. ДЛЯ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО ТОЛЬКО

1. Тканевой и клеточный атипизм
2. Незрелые клетки
3. Злокачественное течение
4. **Построена из сосудов венозного типа**
5. Метастазирует гематогенно

29. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ

1. **Липосаркома**
2. Десмоид
3. Капиллярная гемангиома
4. Остеома
5. Фиброма

30. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

1. Фиброма
2. Фибросаркома
3. Гемангиома
4. **Лейомиома**
5. Лейомиосаркома

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Выберите один правильный ответ

1. ОПУХОЛИ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ ИМЕЮТ ТИП СТРОЕНИЯ

1. **Органоидный**
2. Гистиоидный

2. ВЫБЕРИТЕ НАЗВАНИЕ ЗРЕЛОЙ ОПУХОЛИ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ

1. Липома

2. Фиброма
3. **Аденома**
4. Карцинома
5. Рак
3. ВЫБЕРИТЕ ЗРЕЛУЮ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩУЮСЯ ИЗ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ
 1. Аденома
 2. **Папиллома**
 3. Карцинома
 4. Цистаденома
 5. Лимфангиома
4. ВЫБЕРИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ РАЗНОВИДНОСТЬ АДЕНОМЫ
 1. Папиллома
 2. Гемангиома
 3. **Цистаденома**
 4. Аденокарцинома
 5. Ангиофиброма
5. НАЗОВИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ РАЗНОВИДНОСТЬ АДЕНОМЫ
 1. Ангиосаркома
 2. Фибросаркома
 3. **Фиброаденома**
 4. Аденокарцинома
 5. Ангиофиброма
6. В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПАПИЛЛОМЫ ВЕРНО ТОЛЬКО
 1. Незрелая опухоль
 2. **Типичен экзофитный рост**
 3. Дает метастазы
 4. Рост быстрый
 5. Оказывает общее влияние
7. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ АДЕНОМЫ
 1. Зрелая опухоль
 2. Атипизм тканевой
 3. Медленный рост
 4. **Местное влияние на организм**
 5. Не малигнизируется
8. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ
 1. Тканевой атипизм
 2. **Гистиоидный тип строения**
 3. Экспансивный рост
 4. Не метастазирует
 5. Не рецидивирует
9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПАПИЛЛОМЫ
 1. Желудок
 2. Пищевод
 3. **Кожа**
 4. Толстый кишечник

5. Плевра
10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЦИСТАДЕНОМЫ
1. Желудок
 2. Прямая кишка
 3. Молочная железа
 4. Поджелудочная железа
- 5. Яичник**
11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФИБРОАДЕНОМЫ
1. Желудок
 2. Прямая кишка
 - 3. Молочная железа**
 4. Поджелудочная железа
 5. Яичник
12. ПРИ МАЛИГНИЗАЦИИ АДЕНОМЫ РАЗВИВАЕТСЯ ОБЫЧНО
- 1. Аденокарцинома**
 2. Перстневидноклеточный рак
 3. Слизистый рак
 4. Солидный рак
 5. Фиброзный рак
13. ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ
1. Гиперплазия
 2. Метаплазия
 3. Пролиферация
 4. Дисплазия I – II степени
 - 5. Дисплазия III степени**
14. КАРЦИНОМА (РАК) – ЭТО
1. Любая опухоль из эпителия
 2. Зрелая опухоль из эпителия
 - 3. Незрелая опухоль из эпителия**
 4. Незрелая опухоль из железистого эпителия
 5. Любая опухоль из железистого эпителия
15. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ «РАКА НА МЕСТЕ»
1. Не прорастает базальную мембрану
 2. Фон – дисплазия III степени
 3. Не метастазирует
 4. Не рецидивирует
 - 5. Имеет плохой прогноз**
16. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДИСПЛАЗИИ
1. Пролиферация клеток с нарушением дифференцировки
 2. Часть клеток с признаками атипии
 3. Обратимая патология
 4. Малигнизируется обычно III степень
 - 5. Имеет начальные признаки инвазивного роста**
17. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ОСОБЕННО ТИПИЧЕН ДЛЯ
1. Щитовидной железы
 2. Поджелудочной железы

3. **Шейки матки**
4. Тела матки
5. Желудка
18. ПРИЗНАК ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА
1. **Ороговение**
2. Слизиобразование
3. Солидные структуры
4. Патологические митозы
5. Воспалительные инфильтраты
19. РАК ИЗ ЖЕЛЕЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В
1. **Желудке**
2. Пищевод
3. Бронхах
4. Шейке матки
5. Мочевом пузыре
20. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА (КАРЦИНОМЫ) КАК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ
1. Формирование железистых структур
2. Слизиобразование
3. **Клеточный атипизм**
4. Ороговение
5. Мало стромы
21. НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ К ГРУППЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА
1. **Аденокарциному**
2. Солидный рак
3. Слизистый рак
4. Медуллярный рак
5. Фиброзный рак
22. РАННИЙ ПУТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ
1. Гематогенный
2. **Лимфогенный**
3. Имплантиционный
4. Периневральный
23. РАННИЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
1. **Регионарных лимфоузлах**
2. Отдаленных лимфоузлах
3. Легких
4. Печени
24. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ
1. Развивается из железистого эпителия
2. Формирует железистоподобные структуры
3. имеет клеточный атипизм
4. **Обладает высокой степенью злокачественности**
5. Типичен инвазивный рост
25. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ НАЧАЛА ИНВАЗИВНОГО РОСТА
1. Высокая митотическая активность
2. Высокая степень клеточной атипии
3. **Разрушение базальной мембраны**

4. Глубокий акантоз
5. Выраженная дисплазия как фон
26. РАК, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ИЗ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ
 1. Аденокарцинома
 2. Солидный
 3. Фиброзный
 - 4. Плоскоклеточный**
 5. Слизистый
27. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА (КАРЦИНОМЫ)
 1. Невысокая степень клеточной атипии
 2. Невысокая митотическая активность
 3. Неглубокая инвазия
 4. Небольшой размер опухоли
 - 5. Раковые эмболы в кровеносных сосудах**
28. ДЛЯ СЛИЗИСТОГО РАКА ХАРАКТЕРНО ТОЛЬКО
 - 1. Клеточный атипизм с гиперпродукцией слизи**
 2. Экспансивный рост
 3. Отсутствие рецидива
 4. Метастазирование позднее
 5. Хороший прогноз
29. ДЛЯ ФИБРОЗНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО ТОЛЬКО
 1. Низкая степень злокачественности
 2. Метастазирование позднее
 - 3. Большое количество стромы с комплексами атипичных клеток**
 4. Не дает рецидива
 5. Хороший прогноз
30. КАРЦИНОМА, ОТЛИЧАЮЩАЯСЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ
 1. Аденокарцинома эндометрия
 - 2. Недифференцированный рак легких**
 3. Плоскоклеточный рак шейки матки
 4. Плоскоклеточный рак нижней губы

4) Решить предложенные ситуационные задачи по теме «Опухоли»:

Задача №8

Больному произведена резекция желудка по поводу рака. Резецированная часть желудка с большим и малым сальником доставлена в гистологическую лабораторию. При макроскопическом исследовании удалённой части желудка на малой кривизне обнаружена опухоль размером 6х4 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налётом.

1. Какая макроскопическая форма рака желудка имеет место?
2. Какой рост для неё характерен?
3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме?
4. Что помимо желудка должен исследовать врач патологоанатом для решения вопросов о наличии метастазов?

Задача №11.

Для гистологического исследования прислан кусочек ткани, взятый из края длительно не заживающей язвы левой стопы. При микроскопии обнаружено разрастание полиморфных атипичных клеток в виде гнезд и розеток, в цитоплазме которых определяется черно-бурый пигмент, иммуногистохимически идентифицированный как меланин. Встречается много митозов и очагов некроза.

1. Ваш диагноз?

2. Что могло предшествовать развитию описанного процесса?

Задача №33.

Больная жаловалась на наличие плотного опухолевидного узла в молочной железе. Произведена секторальная резекция железы, ткань её отправлена на гистологическое исследование. Обнаружен опухолевый узел диаметром 2 см, плотный, в капсуле, на разрезе бело-розовый, тяжистый. Гистологически опухоль представлена щелевидными железистыми образованиями, сдавленными разрастающейся соединительной тканью, которая преобладает над паренхимой.

1. Какая опухоль обнаружена в молочной железе, дайте название?
2. Вид этой опухоли в зависимости от особенностей разрастания соединительной ткани?
3. Доброкачественная или злокачественная опухоль?
4. Обладает ли органоспецифичностью?
5. К какой категории заболеваний молочной железы относится?

№48.

Больная О., 38 лет обратилась к врачу по поводу интенсивных головных болей, более выраженных по утрам, головокружений, тошноты. У женщины наблюдалась неустойчивость при проведении пробы Ромберга. Также предъявляла жалобы на частый подъем артериального давления до 140/100 мм.рт.ст. При проведении КТ головного мозга в обоих полушариях мозжечка обнаружены множественные - 10 узлов, плотной консистенции, без четких границ, размерами 0,5-2 см. Общий анализ мочи в норме. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез = 2000мл, плотность мочи = 1,022. Анализ мочи по Нечипоренко: содержание лейкоцитов 3 в поле зрения, эритроцитов 1 в поле зрения, цилиндров – 10 в 1 мл. Из анамнеза: 2 года назад проведена мастэктомия по поводу рака молочной железы.

1. Какой диагноз?

Задача №49.

При вскрытии женщины 22 лет в головном мозге обнаружено опухолевидное образование в области дна III желудочка. Макроскопически опухоль представлена узлом округлой формы, диаметром 3 см, плотно-эластической консистенции с нечетко выраженной границей. На разрезе ткань опухоли белесовато-серого цвета, волокнистого вида. Микроскопия: образование состоит из компактно расположенных клеток с округлыми, крупными ядрами и хорошо заметным ядрышком. Часть клеток имеет эозинофильную цитоплазму. Местами выявляются пустой цитоплазмой. Скопления клеток разделены полосками нейропиля. Богато васкуляризованы, выявляются фигуры митоза. Ганглиозные клетки опухоли расположены беспорядочно, они различной величины, неправильной формы. Тигроидное вещество распределено по всей клетке, в некоторых клетках не определяется.

1. Какой вид опухоли?

Задача №50.

Мальчик трех лет умер в онкологическом отделении. Во время болезни у ребенка наблюдались неустойчивая походка и трясущиеся движения конечностей, недержание мочи и кала. Два года назад была проведена операция по удалению новообразования в мозге (червь мозжечка, субтотальная резекция). При вскрытии кора и белое вещество полушарий большого мозга истончены. Желудочки мозга расширены. По ходу циркуляции цереброспинальной жидкости обнаружены разросшаяся глиозная ткань, утолщение и сращение мозговых оболочек. Объем ликвора в вентрикулярном пространстве аномально повышен. В головном мозге обнаружено узловое образование в задней черепной ямке в области средней линии мозжечка. Макроскопически опухоль представляет собой мягкий узел серовато-розового цвета, без четких границ, диаметром 3 см. Микроскопически образование состоит из густо расположенных низкодифференцированных клеток, образующих своеобразные структуры в виде правильных и беспорядочных рядов, которые сравнивают с «грядками» или «колоннами». Также диагностируются структуры в виде «розеток», образованных кольцевидно расположенными опухолевыми клетками, отростки которых сходятся в центре розетки. Много митозов. Наряду с гиперхромными, округлыми ядрами в клетках встречаются овальные и вытянуто-овальные, удлинённые, а также более крупные светлые ядра с четким ядрышком. Строма опухоли содержит небольшое количество мелких, тонкостенных сосудов. Рост новообразования инфильтративный с прорастанием прилежащей ткани и мягкой оболочки мозга.

1. Какой вид опухоли?

Задача №52

Больная, 18 лет, обратилась к врачу с жалобами на увеличение лимфатических узлов шеи. Была выполнена биопсия одного из увеличенных лимфатических узлов. Гистологические исследования лимфатического узла показало, что рисунок лимфоузла стёрт, отмечено диффузное скопление лимфоцитов, макрофагов (гистоцитов), эозинофильных и нейтрофильных гранулоцитов, фибробластов, плазматических клеток, среди них имеются множественные крупные одноядерные клетки диаметром около 25 мкм, отчётливо видны крупные эозинофильные ядрышки, также имеются гигантские двуядерные клетки с идентичной характеристикой ядрышка. Признаки фиброза отсутствуют.

1. Какое заболевание имело место быть у больной?
2. Как называются обнаруженные крупные одноядерные и двуядерные клетки?
3. К какой группе клеток они относятся? (опухолевым / реактивным)
4. Какой гистологический вариант заболевания имел место у больной?
5. Возможно ли метастазирование в другие органы?
6. В чем ещё может возникнуть описанное заболевание?

Задача №58

У женщины в январе месяце родилась девочка путем кесарева сечения. У ребенка на шее обнаружено образование в виде узла, состоящего из полостей, заполненных кровью. Само образование возвышается над кожей, имеет мягко-эластичную консистенцию, неподвижное по отношению к коже. Имеет синюшный цвет. При надавливании образование спадает и немного бледнеет, при крике малыша увеличивается в размере.

1. Какой патологический процесс у ребенка?
2. Исходы заболевания?

Задача №59

Больная К., 36 лет, обратилась к врачу с болями в пояснице, боль носит ноющий характер, в области почек, кровь в моче (второй раз за последние 2 недели). Травм не было. Пиелонефрит и гломерулонефрит были исключены. Отправили на дообследование, в ходе которого увидели пестрый узел, микроскопически обнаружили тубулярные и сосочковые структуры, атипичные клетки с гиперхромными ядрами.

1. О чем можно подумать в данном случае? (прогноз)
2. Как еще называется это заболевание?
3. Какие обследования можно провести?
4. Какое осложнение может возникнуть?

Задача №62

Больной С. 41 год поступил в больницу с острыми болями в эпигастральной области. При фиброгастродуоденоскопии выявлены 2 язвы в области дна желудка. В крови выявлено повышение гастрина, анемия. При исследовании поджелудочной железы обнаружено опухолевое образование в виде узла мягко-эластической консистенции диаметром 1 сантиметр. При гистологическом исследовании выявлены кубические клетки с гормональной активностью.

1. Что это за заболевание и как оно называется по автору?
2. Почему появились язвы в желудке?
3. Это образование доброкачественное или злокачественное?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.1. Бактериальные кишечные инфекции.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Освоить этиологию, патогенез, патологическую анатомию брюшного тифа, дизентерии, холеры, сальмонеллез, кишечного иерсиниоза, стафило- и колиинфекции. Уметь различать их по морфологической картине, иметь понятие о патоморфозе инфекционных болезней.

Задачи: Знать этиологию, патогенез, патологическую анатомию брюшного тифа, дизентерии, холеры, сальмонеллез, кишечного иерсиниоза, стафило- и колиинфекции. Уметь различать их по морфологической картине, иметь понятие о патоморфозе инфекционных болезней.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с инфекционными болезнями.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание макропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Вопросы для собеседования.

1. Общая характеристика инфекционных заболеваний и кишечных инфекций.
2. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти при холере. Понятие патоморфоза холеры.
3. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти при брюшном тифе.
4. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти при дизентерии.
5. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти при сальмонеллезах.
6. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти при иерсиниозе.
7. Общая характеристика коли- и стафилококковой кишечных инфекций.

2. Практическая работа.

1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 35. Дифтеритический колит.

Стенка толстой кишки уплотнена, в просвете скудное водянисто-кровянистое содержимое. Слизистая оболочка резко полнокровна, утолщена, на эпителии определяются наложения фибрина в виде плёнок серо-жёлтого цвета, плотно соединённых с подлежащими тканями. При отделении их формируются глубокие кровоточащие язвенные дефекты с чёткими неподрытыми краями звёздчатой формы. Дифтеритическое воспаление стенки толстой кишки является морфологическим проявлением дизентерии в стадию фибринозного колита, но может наблюдаться при других кишечных инфекциях (коли-инфекция, псевдомембранозный колит). Среди осложнений следует отметить перфорацию стенки кишки с развитием калового перитонита, кровотечение. При заживлении язв образуются рубчики.

Макропрепарат №109. Некроз пейеровых бляшек при брюшном тифе.

Препарат представлен фрагментом подвздошной кишки, стенка которой неравномерно истончена в области групповых лимфатических фолликулов (пейеровых бляшек). На слизистой оболочке визуализируются продольно ориентированные язвенные дефекты овальной формы. Края язв валикообразные, мягкой консистенции, выступают над поверхностью слизистой. Дно язв чистое, гладкое, серо-розового цвета, представлено грануляционной тканью.

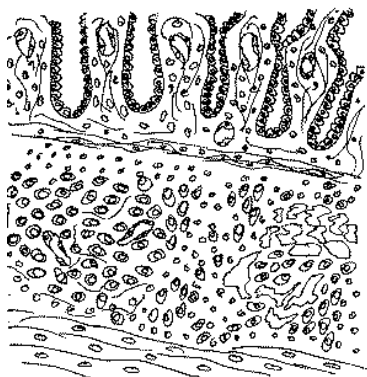
Наиболее частым осложнением брюшного тифа в стадию чистых язв считается перфорация с последующим развитием перитонита. Заживление язвенных дефектов происходит путём рубцевания.

2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат №121. Некроз пейеровых бляшек при брюшном тифе.

(окраска гематоксилином и эозином)

Отмечается значительное нарастание числа клеток в пейеровой бляшке, расположенной непосредственно в подслизистой. Увеличение групповых лимфатических фолликулов обусловлено пролиферацией ретикулярных клеток. Одновременно количество лимфоцитов уменьшается. Сосуды расширены с диapedезными кровоизлияниями с примесью полиморфноядерных лейкоцитов. Воспалительный инфильтрат проникает в мышечную оболочку.



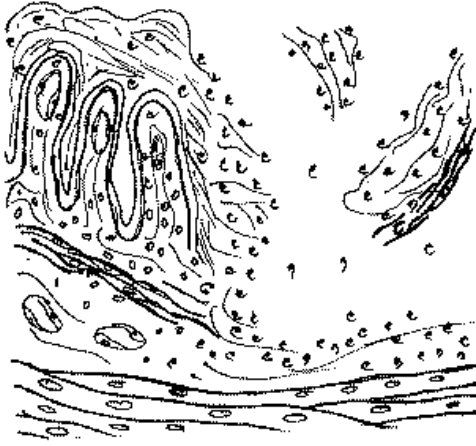
Обозначить:

- 1 – сохранившаяся слизистая оболочка;
- 2 – некроз слизистой с начинающимся изъязвлением;
- 3 – некроз поверхностной части бляшки;
- 4 – подслизистый слой;
- 5 – клеточная инфильтрация по краю бляшки.

Микропрепарат № 125. Фибринозный колит при дизентерии.

(окраска гематоксилином и эозином)

На слизистой оболочке толстой кишки выявляется глубокий язвенный дефект, края которого образованы слизистой и подслизистой, дно его составляет мышечная оболочка. Участок слизистой, образующий край язвы свисает над её дном. Сохранившаяся внутренняя оболочка кишки с признаками коагуляционного некроза и наложениями фибрина гомогенно розового цвета. Прилегающая часть подслизистой с полнокровными сосудами, отёчна, в ней обнаруживаются многочисленные инфильтраты, представленные полиморфноядерными лейкоцитами, лимфоцитами и плазматическими клетками. В дне язвы выявляется грануляционная ткань разной степени зрелости.



- Обозначить:
- 1 – слизистая оболочка;
 - 2 – подслизистая основа;
 - 3 – богатая сосудами грануляционная ткань, образующая дно язвы;
 - 4 – мышечный слой

Самостоятельная внеаудиторная работа.

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

Бактериальные кишечные инфекции.

Выберете один или несколько правильных вариантов

1. КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА

1. **Абдоминальная**

2. Интестинальная

3. **Аппендикулярная**

4. **Септическая**

5. Брюшнотифозная

2. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

1. **Подвздошная кишка**

2. Двенадцатиперстная кишка

3. Слепая кишка

4. Сигмовидная кишка

5. Прямая кишка

3. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРОИСХОДИТ

1. Фибринозный колит

2. Язвенный колит

3. **Мозговидное набухание пейеровых бляшек**

4. Дифтеритическое воспаление толстой кишки

5. Аппендицит

4. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНО

1. Острый язвенный процесс в сигмовидной и прямой кишке

2. Хронический язвенный процесс в слепой кишке

3. **Острый энтерит**

4. Язвенный колит

5. Анальные трещины

5. ПЕЙЕРОВЫЕ БЛЯШКИ В ОСНОВНОМ ИЗМЕНЯЮТСЯ ПРИ

1. Холере

2. Дизентерии

3. **Брюшном тифе**

4. Вирусном гепатите

5. Панкреонекрозе

6. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БРЮШНОГО ТИФЕ ОТНОСИТСЯ

1. Легочное кровотечение

2. **Кишечное кровотечение**

3. Менингит

4. Эндометрит

5. Орхит

7. ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

1. **Сигмовидная кишка**
2. Желчный пузырь
3. Аппендикс
4. Двенадцатиперстная кишка
5. Тощая кишка
8. **ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРЕН**
 1. Фибринозный энтерит
 2. **Фибринозный сигмоидит**
 3. Парапроктит
 4. Пневмонит
 5. Цистит
9. **ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО**
 1. Фибринозное воспаление
 2. Распространённые очаги некроза слизистой оболочки
 3. Дистрофические изменения в нервно-мышечном аппарате кишки
 4. Изъязвление слизистой
 5. **Все указанное верно**
10. **ОСТРАЯ ИНФЕКЦИЯ С ГАСТРОЭНТЕРИТОМ ЭТО**
 1. Корь
 2. **Сальмонеллез**
 3. Дизентерия
 4. Сыпной тиф
 5. Дифтерия
11. **ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ОРГАНИЗМА ПРИ ХОЛЕРЕ ВОЗНИКАЕТ В СЛЕДСТВИЕ**
 1. Нарушения белкового обмена
 2. **Рвоты и диареи**
 3. Отёка слизистой желудка
 4. Кровотечения
 5. Тромбообразования
12. **ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ**
 1. **Острейший серозный гастроэнтерит**
 2. Мозговидное набухание пейеровых бляшек
 3. Фибринозный колит
 4. Язвенный колит
 5. Аппендицит
13. **ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ КИШЕЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ**
 1. **Кровотечение**
 2. **Прободение язв**
 3. Рубцовый стеноз кишечника
 4. **Перитонит**
14. **ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ**
 1. Сигмовидная кишка
 2. Двенадцатиперстная кишка
 3. Слепая кишка
 4. **Подвздошная кишка**
 5. Прямая кишка
15. **ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В СТЕНКЕ КИШКИ**
 1. Мышечном слое
 2. Нервных сплетениях
 3. **Пейеровых бляшках**
 4. Серозной оболочке
 5. Слизистой оболочке
 6. **Солитарных фолликулах**
16. **СТАДИЯМИ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

1. Некроз

2. Гастроэнтерит
3. Фибринозный колит
- 4. Мозговидное набухание пейеровых бляшек**
- 5. Образование чистых язв**
- 6. Образование грязных язв**
7. Язвенный колит

17. ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ (ДИЗЕНТЕРИИ) ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

1. Сигмовидная кишка

2. Желчный пузырь
3. Червеобразный отросток толстой кишки
4. Двенадцатиперстная кишка
- 5. Прямая кишка**

18. ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ (ДИЗЕНТЕРИИ) В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ИМЕЕТ МЕСТО ВОСПАЛЕНИЕ

1. Фибринозное

2. Катаральное

3. Геморрагическое
4. Гнойное

19. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1. Брюшнотифозная

2. Гепаторенальная
- 3. Интестинальная**
4. Лимфоидная
- 5. Септическая**
6. Язвенная

20. СТАДИЯМИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Проктит
2. Сигмоидит
- 3. Гастроэнтерит**
- 4. Алгид**
- 5. Серозный энтерит**

21. К ОБЩИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ОТНОСЯТСЯ

1. Сыпь

2. Гепатомегалия
3. Энцефалопатия
4. Очаговая пневмония
- 5. Гиперплазия селезенки**
- 6. Восковидный некроз скелетной мускулатуры**

22. СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Спленомегалия
2. Язвенный гастрит
- 3. Холерный тифоид**
4. Менингит
- 5. Уремия**

23. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ БОЛЕЗНИ

1. Дифтеритический энтерит
2. Флегмонозный энтерит
3. Острое продуктивное воспаление
- 4. Катаральный энтерит**
5. Гранулематозный энтерит

24. ВНЕКИШЕЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДЕЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Гнойный перихондрит гортани

2. Бронхопневмония

3. Восковидный некроз прямых мышц живота

4. Пиелонефрит

5. Серозные артриты

25. ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА (ШИГЕЛЛЕЗА) ХАРАКТЕРНЫ

1. Фибринозное воспаление слизистой оболочки

2. Распространённые очаги некроза слизистой оболочки

3. Дистрофические и некротические изменения в нервно-мышечном аппарате

4. Мозговидное набухание пейеровых бляшек

26. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КИШЕЧНИКЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НА 1-ОЙ НЕДЕЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Мозговидное набухание групповых фолликулов

2. Катаральный энтерит

3. Мозговидное набухание солитарных фолликулов

4. Язвенно-некротический илеит

5. Острое продуктивное гранулематозное воспаление в лимфоидном аппарате кишки

27. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСЯТСЯ

1. Пилефлебические абсцессы печени

2. Брюшнотифозный сепсис

3. Крупозная пневмония

4. Очаговая пневмония

5. Кишечное кровотечение

6. Перитонит

28. КАКОЙ ТИП ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТАДИИ МОЗГОВИДНОГО НАБУХАНИЯ

1. Экссудативное

2. Проллиферативное

3. Альтеративное

4. Смешанное

29. ДЛЯ АЛГИДНОГО ПЕРИОДА ХОЛЕРЫ НЕХАРАКТЕРНО

1. Поза «гладиатора»

2. «Руки прачки»

3. Белая желчь

4. Кремниевая печень

30. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХОЛЕРЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. Холерный тифоид

2. Постхолерная уремия

3. Подострый экстракапиллярный гломерулонефрит

4. Пневмония

5. Дифтеритический колит

3) Решить ЗАДАЧИ

Задача №10.

Мужчина 35 лет заболел остро, $t - 39^{\circ}\text{C}$, на 10-й день появились единичные, симметричные, розеолезные экзантемы на коже туловища. На 4-й неделе от начала заболевания внезапно развилась клиника острого живота. На операции обнаружено несколько язвенных дефектов с перфорациями в подвздошной кишке и признаки начинающегося фибринозно-гнояного перитонита.

1. Каким заболеванием страдал больной?

2. Какая стадия болезни была у него?

3. Морфогенез поражения, приведший к перфорации подвздошной кишки.

Задача №40.

В летний период пятилетний мальчик остро заболел. Появилась температура до 38°C , появились частые болезненные выделения из кишечника слизистого характера с прожилками алой крови.

4. Какое заболевание можно заподозрить?
5. Какой отдел пищеварительного тракта поражён?
6. Какой характер воспаления при этом встречается преимущественно у детей?

4) Дать определение ТЕРМИНАМ: Брюшной тиф, бактериемия, бактериохолия, колотиф, илеотиф, «мозговидное» набухание, брюшнотифозные клетки, брюшнотифозные гранулема, «грязные» язвы, брюшнотифозная сыпь, восковидный некроз, сальмонеллезы, интестинальная, септическая, брюшнотифозная формы сальмонеллеза, дизентерия, хроническая дизентерия, постдизентерийный колит, фолликулярно-язвенный колит, иерсиниоз абдоминальная форма иерсиниоза, псевдомембранозный колит, васкулит, тромбоваскулит, аппендикулярная форма иерсиниоза, терминальный илеит, брыжеечный мезаденит, холера, холероген, алгидный период, эксикоз, холерный тифоид, постхолерная уремия, рожа, дисбактериоз.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.2. Патологическая анатомия болезней органов пищеварения.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научиться определять этиологию, патогенез, знать патологическую анатомию, осложнения, исходы и причины смерти больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, раке желудка, аппендиците, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, раке кишечника.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия болезней желудочно-кишечного тракта между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;

2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов пищеварения.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Вопросы для собеседования.

1. Поджелудочная железа. Этиология, пато - и морфогенез, классификация, морфологическая характеристика, осложнения и исходы при заболеваниях поджелудочной железы.
2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез.
3. Аппендицит. Определение, классификация, клинико-морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
4. Рак кишечника. Формы рака.
5. Гистологические типы рака.
6. Болезнь Крона и НЯК. Определение, классификация, клинико - морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
7. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, морфологическая характеристика.
8. Дивертикулит, этиология, патогенез.
9. Гастрит. Классификация. Факторы риска. Этиология. Формы острого и хронического гастрита.
10. Метаплазия, виды.
11. Язвенная болезнь. Факторы риска. Морфологический субстрат ЯБ. Этиология. Патогенез.
12. Осложнения язвенной болезни.
13. Рак желудка. Классификация рака желудка: Эпителиальные (аденома, карцинома) и неэпителиальные (мальтома) виды рака желудка.
14. Основные факторы развития желудка.
15. Предраковые состояния, предраковые изменения желудка.
16. Макроскопические варианты рака желудка.
17. Гистологические типы рака желудка.
18. Метастазирование и осложнения рака желудка.
19. Эзофагит. Классификация. Этиология, пато - и морфогенез, осложнения и исходы.
20. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, пато - и морфогенез, осложнения и исходы.
21. Рак пищевода

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 47. Острый эрозивный гастрит.

Слизистая оболочка желудка утолщена за счёт воспалительного отёка, складки её сглажены, на их вершинах определяются множественные кровоизлияния и поверхностные дефекты неправильной формы с неровными краями размером до 0,5 см, дно их чёрного цвета, который обусловлен образованием гемоглобинового пигмента – солянокислого гематина. К эрозиям могут привести: действие веществ кислоты, щёлочи, алкоголя, токсинов, расстройства микроциркуляции. При устранении повреждающего фактора происходит эпителизация дефектов с полным восстановлением структуры и функции. При прогрессии патологического процесса образуются острые язвы. Одним из грозных осложнений будет развитие синдрома Маллори-Вейса (линейные разрывы слизистой оболочки желудка с профузным кровотечением).

Макропрепарат № 90. Острая язва желудка.

Препарат представлен фрагментом стенки желудка. Слизистая оболочка отёчная, воспалена, рельеф её

сглажен. В области малой кривизны виден глубокий щелевидный дефект длиной 1,5 см с ровными чёткими краями, которые не возвышаются над поверхностью слизистой. Дно язвы чёрного цвета из-за образования солянокислого гематина. Причинами развития острой язвы могут служить гастриты, вызванные раздражающими веществами, глубокий стресс, уремия, тяжёлые сердечно-сосудистые кризы. Острые язвы как правило множественные, локализуются беспорядочно. При прогрессии заболевания формируется хроническая язва вплоть до каллёзной. Благоприятным исходом является заживление дефекта посредством образования рубца. Смерть может наступить от профузных кровотечений из сосудов дна язвы.

Макропрепарат № 91. Хроническая язва желудка.

Стенка желудка утолщена, деформирована. В антральном отделе диагностируется грубый язвенный дефект овальной формы, диаметром 2,5 см. Дно язвы плотное, чистое, края плотные, валикообразные, возвышаются над поверхностью слизистой, складки которой, в свою очередь, радиально сходятся к центру дефекта. Край язвы, обращённый в сторону пищевода, приподнят, нависает над кратером, а край, обращённый к привратнику, пологий, ступенчатый, террасовидный. Когда в дне язвы сквозной дефект стенки – это перфорация. Хроническая язва служит морфологическим проявлением язвенной болезни желудка. При заживлении язвы рубец, прерывающий мышечные слои, сохраняется, а с внутренней стороны на месте язвы заметна маленькая площадка, покрытая несмещаемой истончённой и гладкой слизистой оболочкой.

Макропрепарат № 94. Язва-рак желудка.

Слизистая оболочка желудка утолщена, деформирована за счёт глубокого язвенного дефекта до 6 см в диаметре (гигантская язва). Края язвы приподнятые, вывороченные, подрытые, плотной консистенции, дно шероховатое, плотное, грязное. Складки слизистой оболочки лучеобразно расходятся от дефекта, утолщены. Это язва-рак, так как рак развился на фоне хронической язвы желудка.

Макропрепарат № 49. Блюдцевидный рак желудка.

Слизистая оболочка желудка складчатая, на малой кривизне визуализируется экзофитно растущий опухолевый узел плотной консистенции диаметром 8 см с валиком по краям, кратерообразным углублением центральной части в результате некроза и изъязвления, придающим вид блюдца. На разрезе опухоль однородная, серо-белесоватая, без чётких границ, прорастает все слои стенки желудка. По ходу а. gastricaextraetsinistra определяется группа резко увеличенных в размерах, плотных, спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов серо-белого цвета на разрезе. Блюдцеобразный рак желудка, как правило, развивается de novo и гистологически представлен аденокарциномой различной степени дифференцировки.

Макропрепарат № 159. Диффузный рак желудка (скирр).

Препарат представлен фрагментом стенки желудка, которая на разрезе резко утолщена, местами до 3 см., плотной, почти хрящевидной консистенции, однородная, серо-розового цвета. Слизистая оболочка гладкая, не смещаемая. В опухоли преобладает стромальный компонент, который подвергается гиалинозу. Скирр рассматривается как одна из форм недифференцированного рака и характеризуется плохим прогнозом.

Макропрепарат № 112. Рак пищевода.

На границе нижней и средней трети пищевода определяется опухолевидное образование кольцевидной формы, плотной консистенции, резко стенозирующее просвет пищевода. На разрезе опухоль серо-розового цвета, прорастает все слои пищевода. Дистально расположенный отдел пищевода резко расширен. Гистологически рак пищевода представлен эпидермоидной карциномой. Больные с опухолями пищевода, которым не проводится хирургическое лечение, могут погибнуть от истощения (кахексии).

Макропрепарат № 95. Аппендицит флегмонозный.

Червеобразный отросток увеличен в размерах за счёт воспалительного отёка, захватывающего все слои стенки органа, резкая инъеция сосудов серозной оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями. На поверхности аппендикса наложения масс фибрина в виде нитей серо-белого цвета легко снимающиеся. В просвете аппендикса скапливается гнойный экссудат.

Макропрепарат № 96. Мукоцеле червеобразного отростка.

Червеобразный отросток значительно увеличен в размерах, принимает шаровидную форму, превращён в слизистую ретенционную кисту. Стенка кисты тонкая, не превышает нескольких миллиметров, серо-белого цвета. В просвете выявляются полупрозрачные или белесоватые густые слизевидные массы.

Этот вариант мукоцеле носит название миксоглобуллёз. Причиной развития слизистой ретенционной кисты является препятствие, закупорка просвета каловым камнем, инородным телом, рубцом, редко опухолью. Мукоцеле может осложниться образованием ограниченной или диффузной псевдомиксомы брюшины.

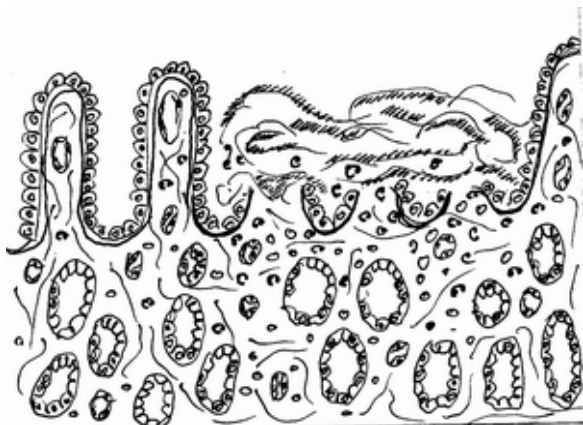
2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 190. Острый эрозивный гастрит.

(окраска гематоксилином и эозином)

Явления распада и гибели эпителиальных клеток желез слизистой обнаруживаются в отдельных

участках в виде неглубоких дефектов – эрозий. Клетки сморщены или вакуолизированы, ядра пикнотизированы. Подобным изменениям подвергается или целая группа желез или лишь отдельные железы. Вместе с тем в соответственных местах происходит частичная гибель и отпадение клеток покровного эпителия, однако эпителий секреторного отдела желёз сохраняется в виде островков. Образующийся дефект не проникает за пределы слизистой оболочки. В просвете эрозии наблюдаются отложения пигмента чёрного цвета – солянокислого гематина.

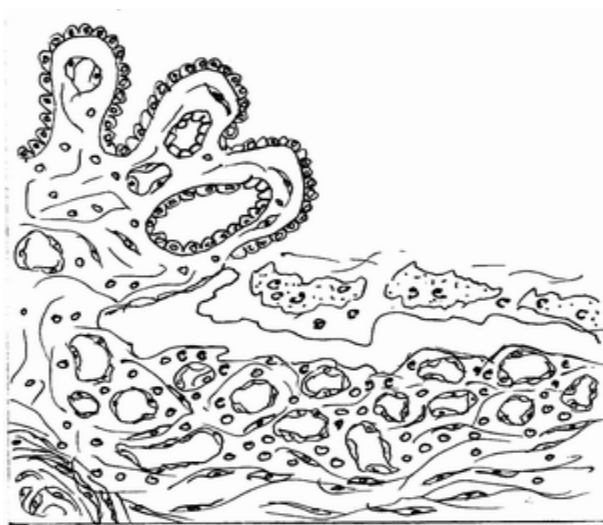


Обозначить:

- 1 – неглубокий дефект слизистой (эрозия);
- 2 – железы с явлениями деструкции;
- 3 – тканевый детрит;
- 4 – отложения солянокислого гематина (чёрного цвета);
- 5 – воспалительный инфильтрат.

Микропрепарат №191 . Хроническая язва желудка.
(окраска гематоксилином и эозином)

На слизистой оболочке определяется дефект тканей, проникающий глубоко в стенку желудка - язва. Дно язвы покрыто узкой полоской некротизированных тканей, которая заполняет также и боковые поверхности углубления, но не доходит до наружного края язвы. Ясного отграничения некротической зоны от нижележащих тканей не обнаруживается. В некоторых местах она непосредственно переходит в плотную волокнистую рубцовую ткань, частично заместившую соответственный слой стенки желудка; в других полях под зоной некроза имеется неясно отграниченный узкий слой молодой грануляционной ткани. Рубцовая ткань построена из тесно прилежащих соединительнотканых волокон, между которыми расположены немногочисленные фибробласты. Местами, особенно в окружности сосудов, иногда встречаются небольшие скопления лимфоцитов и немногочисленных плазматических клеток



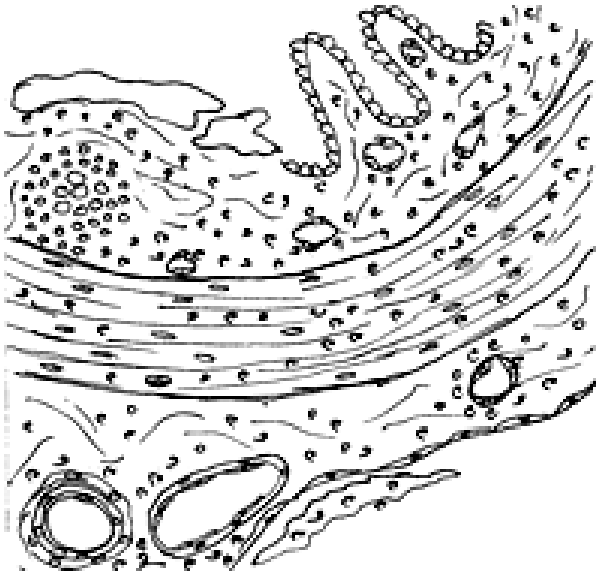
Обозначить:

- 1 – кардиальный край;
- 2 – привратниковый край;
- 3 – покатое дно язвы;
- 4 – слизистая оболочка по краю язвы;
- 5 – лейкоцитарно – некротический слой
- 6 – грануляционная ткань с полнокровными сосудами и клеточным инфильтратом
- 7 – мышечный слой;

Микропрепарат № 192. Флегмонозный аппендицит с периаппендицитом.

(окраска гематоксилином и эозином)

Стенка аппендикса представляется сильно утолщенной. Границы отдельных слоёв неясны. Воспалительные очажки сливаются, входящие в их состав лейкоциты инфильтрируют мышечный и серозный слои, могут проникать в лимфоидные фолликулы. Расширенные лимфатические сосуды заполнены большим количеством лейкоцитов и слущенными эндотелиальными клетками. На слизистой оболочке развиваются обширные изъязвления и массы распадающихся лейкоцитов проникают непосредственно в просвет отростка. В серозной оболочке обнаруживаются переполненные кровью сосуды и отложения фибринозно-гнойного экссудата на свободной её поверхности.



Обозначить:

- 1 – серозный слой с наложениями фибрина;
- 2 – мышечный слой;
- 3 – слизистая оболочка, сохранившая свою структуру;
- 4 – гиперплазированный фолликул;
- 5 – нейтрофильная инфильтрация стенки и серозной оболочки;
- 6 – изъязвление (отсутствие эпителиального покрова).

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

Выберите один правильный ответ

1. ВОСПАЛЕНИЕ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ГЛОТКИ И НЁБНЫХ МИНДАЛИН

1. Гастрит
2. Эзофагит
3. Панкреатит

4. Ангина

2. ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

1. Панкреатит
2. Рак желудка
3. Холецистит

4. Язвенная болезнь

3. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

1. Хронического поверхностного гастрита
2. Хронического атрофического гастрита
3. Редких форм (эозинофильного, гранулематозного и др.)

4. Смешанных

4. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1. Рубцевание язвы
2. Малигнизация
3. Желудочное кровотечение
4. Стеноз привратника

5. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

1. Некротического
2. Катарального
3. Фибринозного
4. Гнойного

5. Атрофического

6. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРЕН ПРИ

1. Хроническом поверхностном гастрите

2. Рецидивирующем остром эрозивном гастрите
 3. *Хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и тяжелой дисплазией эпителия*
 4. Аденоматозном полипе желудка
7. ОСЛОЖНЕНИЕМ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. *Малигнизация*
 2. Перфорация
 3. Перитонит
 4. Флегмона желудка
8. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. *Поверхностного*
 2. Флегмонозного
 3. Флегмонозно-язвенного
 4. Апостематозного
 5. Гангренозного
9. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. Перфорация
 2. *Острая дилатация желудка в связи с рубцовым стенозом привратника*
 3. Желудочное кровотечение
 4. Пенетрация
10. К ОСЛОЖНЕНИЯМ АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. *Малигнизации*
 2. Эмпиемы отростка
 3. Перитонита
 4. Пилефлебита
 5. Перфорация стенки аппендикса
11. К ФОРМАМ РАКА ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. Бляшковидного
 2. Полипозного
 3. Диффузного
 4. *Билиарного*
12. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА
1. *Постоянное раздражение слизистой пищевода алкоголем и горячей пищей*
 2. Сенсibilизация организма
 3. Нарушение оттока желчи
 4. Длительное применение лекарственных веществ
13. МУКОЦЕЛЕ – ЭТО
1. Накопление в просвете червеобразного отростка серозной жидкости с расширением его просвета
 2. Накопление в просвете червеобразного отростка гнойного экссудата с расширением его просвета
 3. *Накопление в просвете червеобразного отростка слизистого секрета с расширением его просвета*
 4. Накопление в просвете червеобразного отростка геморрагического экссудата с расширением его просвета
14. К МАКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. Глубокого дефекта округлой формы

2. Дно шероховатое
3. Края плотные, валикообразные
4. **Края мягкие, не возвышаются над поверхностью окружающих тканей**
5. Проксимальный край (обращенный к пищеводу) подрыт
6. Дистальный край (обращенный к привратнику) пологий

15. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ДНО ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА) ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. Фибриноидный некроз соединительной ткани и стенки сосудов
2. **Мукоидное набухание соединительной ткани и стенки сосудов**
3. Слой грануляционной ткани
4. Слой грубой рубцовой ткани

16. К ГРУППАМ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. **Эпителизации**
2. Язвенно-деструктивных
3. Язвенно-рубцовых
4. Малигнизации
5. Комбинированных
6. Воспалительных

17. К ОСТРОМУ АППЕНДИЦИТУ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

1. Простого аппендицита
2. **Сложного аппендицита**
3. Поверхностного аппендицита
4. Деструктивного аппендицита
5. Язвенного аппендицита

18. БОЛЕЗНЬ КРОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

1. Наследственной предрасположенностью, молодым возрастом
2. Поражение илюоцекальной области
3. **Истончением стенки кишки, расширением просвета**
4. Наблюдается утолщение стенки с сужением ее просвета
5. Характерный вид кишки – «булыжная мостовая»

19. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

1. Наследственной предрасположенностью, чаще молодым возрастом
2. Поражен толстый кишечник
3. Воспаление наблюдается в слизистом и подслизистом слое
4. **Воспалению не выражено**
5. Изъязвления обширные, сохраняются островки слизистой – «псевдополипы»

20. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. Перфорация
2. Эмпиема отростка
3. Распространение гнойного процесса (периаппендицит, перитифлит)
4. Перитонит
5. Гнойный тромбофлебит сосудов брыжейки

6. **Все верно**

21. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

1. Атрофии слизистой оболочки
2. **Гипертрофии слизистой оболочки**

3. Склероза стенки аппендикса
 4. Непостоянных воспалительно-деструктивных процессов
 5. Полной или частичной облитерации просвета
22. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. Разлитого гнойного воспаления стенки аппендикса
 2. Обширного некроза стенки с множеством колоний бактерий
 3. **Склероза стенки аппендикса**
 4. Резкого расстройства кровообращения (кровоизлияния, тромбоз)
 5. Утолщения стенки отростка
 6. Фибринозно-гнойного наложения на серозной оболочке
23. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. Гноя в просвете аппендикса
 2. Разлитого гнойного воспаления всей толщи стенки
 3. **Склероза стенки аппендикса**
 4. Воспаления серозной оболочки
24. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЛОКАЛИЗАЦИЯМ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. Малой кривизны
 2. Пилорического отдела
 3. Антрального отдела
 4. **Большой кривизны**
25. К СТАДИЯМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. **Псевдоэрозии**
 2. Эрозии
 3. Острой язвы
 4. Хронической язвы
26. ОБЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
1. **Нервные**
 2. Авитоминозы
 3. Затруднение моторики
 4. Ожирение
27. ВЕДУЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
1. Стафилококк
 2. Стрептококк
 3. **Хеликобактер пилори**
 4. Протей
28. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
1. Полнокровие и отёк слизистой
 2. Могут появиться эрозии
 3. Выраженная воспалительная инфильтрация
 4. **Атрофии слизистой оболочки желудка**
29. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОВЕРХНОСТНОМ ГАСТРИТЕ ОТНОСЯТ
1. **Воспалительный инфильтрат в поверхностных отделах слизистой**
 2. Метаплазию поверхностного и железистого эпителия
 3. Гипертрофию покровно-ямочного эпителия

4. Воспалительный инфильтрат занимает всю толщу стенки

30. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ПО ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗУ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

1. Гастрит А (аутоиммунный)
2. Гастрит В
3. Гастрит С (рефлюкс-гастрит)
4. **Гастрит Е (естественный)**

3) Дать определение ТЕРМИНАМ: эзофагит, дивертикулит, регургитация, регургитационный эзофагит, гастрит, перигастрит, перитонит, коррозивный гастрит, рефлюкс-гастрит, пангастрит, хронический поверхностный гастрит, хронический атрофический гастрит, кишечная метаплазия эпителия, "энтеролизация" слизистой оболочки желудка, несовершенная регенерация эпителия желудка, метастатическая перестройка "профиля" слизистой желудка, симптоматические язвы, кислотно-пептический фактор, теория обратной диффузии водородных ионов, эрозия, язва, острая пептическая язва, хроническая рецидивирующая язва, бульбарная язва, постбульбарная язва, аррозивное кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцовый стеноз привратника, хлоргидропеническая уремия, болезнь Менетрие, бляшковидный рак желудка, полипозный рак желудка, фунгозный рак желудка, блюдцеобразный рак желудка, первично-язвенный рак желудка, язва-рак желудка, инфильтративно-язвенный рак желудка, ранний рак желудка, "вирховские метастазы", "шницлеровские метастазы", крукенберговский рак яичников, карциноматоз брюшины, канкрозный перитонит, карциноматоз легких (плевры), симптоматические язвы, кислотно-пептический фактор, теория обратной диффузии водородных ионов, эрозия, язва, острая пептическая язва, хроническая рецидивирующая язва, бульбарная язва, постбульбарная язва, аррозивное кровотечение, перфорация, пенетрация, энтерит, колит, энтероколит, энтеропатии, синдром нарушенного всасывания, дисахаридазная недостаточность, кишечная лимфангиэктазия, глютеносенситивная энтеропатия, болезнь Уиппла, болезнь Крона, аппендицит, периаппендицит, мезентериолит, эмпиема аппендикса.

4) Решить ситуационные задачи:

Задача №9.

На вскрытии на задней стенке желудка по малой кривизне обнаружен дефект стенки диаметром 2 см с плотными краями, возвышающимися над поверхностью слизистой оболочки, дно его покрыто массами кофейного цвета. Такого же вида массы содержатся в полости желудка в объеме 500 мл. Дно дефекта упирается в поджелудочную железу и плотно с ней спаяно.

4. Какое заболевание желудка выявлено?
5. Перечислите его осложнения.
6. Объясните коричневый цвет содержимого желудка.

Задача №25.

На вскрытии обнаружено резко выраженное рубцовое сужение пищевода, истончение и охряно-жёлтый оттенок подкожной жировой клетчатки, уменьшение объема скелетных мышц, уменьшение размеров внутренних органов.

4. Назовите патологический процесс, раскрывающий сущность описанных изменений?
5. Объясните его причину?
6. Опишите изменения в печени и миокарде?

Задача №38.

У новорожденного на 3-ей неделе жизни началась упорная рвота. Проводимая консервативная терапия оказалась безрезультатной, наступило обезвоживание. Ребёнок загрузился в кому и спустя несколько суток, не приходя в сознание, скончался. На вскрытии: мягкие ткани и внутренние органы уменьшены в размерах, резко малокровные, серозные оболочки липнут к перчаткам, пилорический отдел желудка имеет вид трубки с плотной толстой стенкой и очень узким просветом.

1. Дайте название этого состояния?

Задача №62

Больной С. 41 год поступил в больницу с острыми болями в эпигастральной области. При

фиброгастродуоденоскопии выявлены 2 язвы в области дна желудка. В крови выявлено повышение гастрина, анемия. При исследовании поджелудочной железы обнаружено опухолевое образование в виде узла мягко-эластической консистенции диаметром 1 сантиметр. При гистологическом исследовании выявлены кубические клетки с гормональной активностью.

1. Что это за заболевание и как оно называется по автору?
2. Почему появились язвы в желудке?
3. Это образование доброкачественное или злокачественное?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.3. Патологическая анатомия болезней органов кровообращения.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить морфологию основных заболеваний системы крови, разобраться в сущности процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфомах. Отметить цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкоэмических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных.

Задачи: Рассмотреть сущность процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфоагранулоцитозы, алейкии, острые и хронические лейкозы,

неходжкинские злокачественные лимфомы, анемии. Обучить различать по морфологической картине цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкоэмических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией системы крови.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Вопросы для собеседования.

1. Значение системы крови для жизнедеятельности.
2. Классификация болезней крови.
3. Определение, этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при анемиях.
4. Этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при лейкозах.
5. Определение, этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при неходжкинских злокачественных лимфомах.
6. Понятие о геморрагических диатезах. Этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина, осложнения, исходы и причины смерти при тромбоцитопениях и тромбоцитопатиях.

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 122. Селезёнка при миелолейкозе.

Селезёнка увеличена в размерах, плотной консистенции, капсула гладкая. Поверхность органа синюшная, на ней определяются борозды (рубцы), появляющиеся после инфарктов, обусловленных опухолевыми эмболами. На разрезе орган красно-коричневого цвета, даёт обильный густой соскоб пульпы на ноже. Увеличение размеров селезёнки связано с пролиферацией опухолевых клеток, ростом и утолщением селезёночных тяжей и пролиферацией стромальных элементов.

Подобные изменения селезёнки характерны для миелолейкозов. Среди осложнений можно выделить надрывы, разрывы капсулы селезёнки с профузными смертельными внутренними кровотечениями.

Макропрепарат № 123. Почка при хроническом миелолейкозе.

Почка увеличена, поверхность гладкая, капсула снимается легко. С поверхности и на разрезе орган имеет розовый цвет с серым крапом. Граница коркового и мозгового слоёв стёртая. Инфильтрация опухолевыми клетками более выражена в корковом слое и менее в мозговом, который становится более полнокровным.

Процесс двухсторонний. Замещение почечной паренхимы опухолевыми депозитами приводит к прогрессии почечной недостаточности.

Макропрепарат № 124. Некротическая ангина при агранулоцитозе.

Препарат состоит из гортаноглотки с языком. На нёбных миндалинах диагностируются два глубоких язвенных дефекта с неровными краями, дно их покрыто некротическими массами. Окружающие ткани полнокровные, резко отёчные.

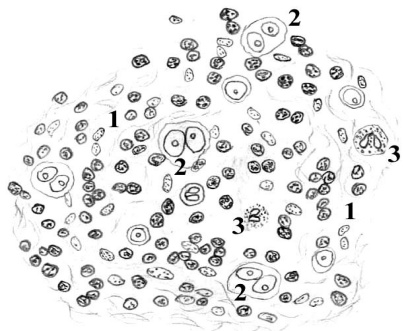
Агранулоцитоз обуславливает снижение неспецифического иммунитета, что способствует развитию неспецифического воспаления с исходом в некроз.

Макропрепарат № 121. Лимфоузлы при лимфоме Ходжкина.

Опухолевый конгломерат представлен резко увеличенными (до 5 см), плотными, спаянными между

собой и окружающими тканями, не смещаемыми лимфатическими узлами. На разрезе они белые, капсула их не контурируется за счёт прорастания опухоли.

Подобные изменения в лимфатических узлах констатируются при гемобластозах и лимфомах (ходжкинских и неходжкинских). Лимфомы и лейкозы протекают с явлениями иммунодефицита.

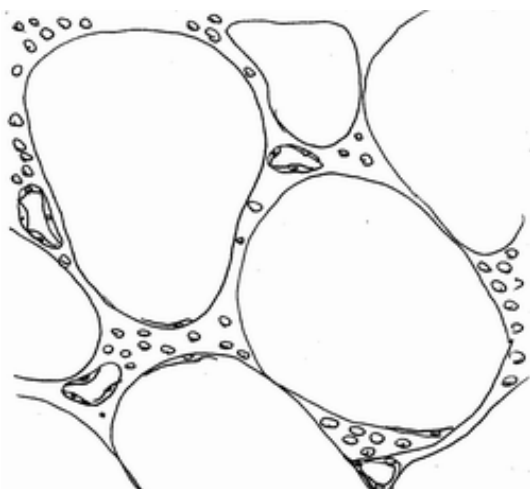


2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат №224. Апластический костный мозг. (окраска гематоксилином и эозином)

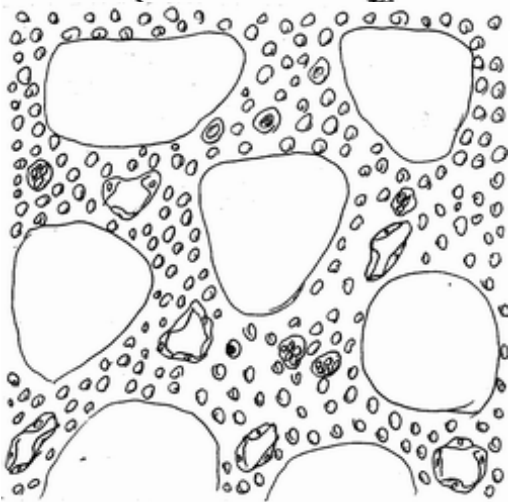
В трепанобиоптате губчатой кости при микроскопии встречаются костные балки розового цвета и очажки кроветворения. Основная часть препарата представлена жёлтым костным мозгом в виде крупных жировых капель (при стандартной парафиновой проводке

имеют вид округлых светооптических пустот).



Обозначить:

- 1 – костные балки;
- 2 – мелкие очаги кроветворения;
- 3 – жёлтый костный мозг;



Микропрепарат № 179. Костный мозг при миелолейкозе. (окраска азуром II – эозином)

Клеточность красного костного мозга значительно повышена за счёт выраженной пролиферации клеток миелоидного ростка, одновременно верифицируются крупные резко базофильные бластные клетки с крупными овальными ядрами, количество которых не превышает $\frac{1}{3}$ клеточного пула. Среди опухолевых клеток выявляются все переходные формы, а также зрелые клеточные элементы. Клетки моно- и эритропоэза единичные.

Обозначить:

- 1 – миелобласты;
- 2 – сегментоядерные нейтрофилы;
- 3 – остатки жёлтого костного мозга (имеют вид пустот).

Микропрепарат № 90. Лимфатический узел при лимфоме Ходжкина (смешанноклеточный вариант). (окраска гематоксилином и эозином)

Признаков нормального строения лимфатического узла не обнаруживается.

Опухолевая ткань богата клеточными элементами, однако менее интенсивно окрашивается гематоксилином, чем нормальная лимфоидная ткань. Величина неопластических клеток различна, более крупные многоядерные клетки Рид – Березовского – Штенберга как бы разбросаны между остальными. Численно преобладают лимфоциты и клетки Ходжкина, которые обычно лежат кучками или в виде цугов и легко узнаются по бледно окрашенным ядрам.

Обозначить:

- 1 – многоядерные клетки Штенберга;
- 2 – клетки Ходжкина;
- 3 – лимфоциты;

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Выберите один правильный вариант ответа.

1. САМЫЙ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ВАРИАНТ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

1. Вариант с преобладанием лимфоидной ткани

- 2. Нодулярный склероз
- 3. Смешанно-клеточный вариант

4. С подавлением лимфоидной ткани

2. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ВАРИАНТ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

1. Вариант с преобладанием лимфоидной ткани

- 2. Нодулярный склероз
- 3. Смешанно-клеточный вариант

4. С подавлением лимфоидной ткани

3. В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- 1. Клетки Пирогова – Лангханса
- 2. Клетки Маршалко – Унны

3. Клетки Березовского – Штенберга

4. Клетки Вирхова

4. МАКРОЦИТОЗ, ЭРИТРОЦИТЫ С ТЕЛЬЦАМИ ЖОЛЛИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, ГИПЕРСЕГМЕНТАЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ

1. Мегалобластной

- 2. Гемолитической
- 3. Железодефицитной
- 4. Постгеморрагической

5. ПРИЧИНАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. Гемосидероз печени

- 2. Отравления соединениями свинца
- 3. Введением пенициллина
- 4. Сфероцитозом

6. ПРИЗНАКОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. Снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
- 2. Увеличение размеров эритроцитов
- 3. Гиперхромия эритроцитов

4. Резкое уменьшение гемосидерина в костном мозге

5. Дефицит фолиевой кислоты

7. ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

1. Панцитопения

2. Увеличение числа ретикулоцитов

3. Склонность к кровотечениям
4. Редукция гемопоэза
5. Склонность к инфекциям
8. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ
 1. «Пиоидного» костного мозга
 2. **Гиперспленизма**
 3. Умеренной гепатомегалии
 4. «Лейкемического» провала в формуле крови
 5. Язвенно-некротического изменения в желудке
9. ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО МОНОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. **Гиперплазия десен с язвезвлением**
 2. Редукция гемопоэза
 3. Лейкимоидная реакция
 4. Гемосидероз селезенки
 5. Гипертрофия миокарда левого желудочка
10. К ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
 1. Хронического миелолейкоза
 2. Миелофиброза
 3. Истинной полицетемии
 4. Миеломной болезни
 5. **Эссенциальной тромбоцитопении**
11. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ИМЕЮТ КЛЕТКИ
 1. Клетки Пирогова – Лангханса
 2. Клетки Микулича
 3. **Клетки Березовского – Штенберга**
 4. Клетки Уортина
 5. Клетки Аничкова
12. У БОЛЬНОГО 80 ЛЕТ В КРОВИ ЛЕЙКОЦИТОЗ 90×10^9 (80 % КОТОРОГО ЗРЕЛЫЕ ЛИМФОЦИТЫ), ТРОМБОЦИТОЗ; ИМЕЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ВИДЕ ПАКЕТОВ. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
 1. Хронический лимфобластный лейкоз
 2. Острый лимфобластный лейкоз
 3. **Лимфома Ходжкина**
 4. Миеломная болезнь
13. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУНКТАТА УЧАСТКА ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК, С ШИК- ПОЗИТИВНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
 1. Хронического воспаления костного мозга
 2. Кардиомиопатии
 3. Гаммаглобулинемии
 4. **Миеломы Бенс-Джонса**
 5. Истинная полицетемия
14. К ВАРИАНТАМ «КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА» ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
 1. Нодулярного склероза
 2. Смешанно – клеточного
 3. С большим количеством лимфоцитов
 4. С лимфоидным истощением
 5. **Гиперплазии паракортикальной зоны лимфоузлов**
15. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
 1. Алкоголизме
 2. Глютеновой энтеропатии
 3. Болезни Крона

4. Операциях на желудочно – кишечном тракте
5. **массивной кровопотере**
16. ВТОРИЧНЫЕ ЭРИТРОЦИТОЗЫ (ПОЛИЦЕТЕМИИ) ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
 1. Проживание в высокогорье
 2. Сердечно – сосудистая недостаточность
 3. **Беременность**
 4. Легочная недостаточность
17. ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В₁₂ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
 1. Аутоиммунного гастрита
 2. Хронического колита
 3. Резекции желудка
 4. **Гиперспленизма**
18. ПРИЗНАКОМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. **Повреждение миелиновой оболочки аксонов**
 2. Очаговые некрозы продолговатого мозга
 3. Миелофиброз
19. БЛАСТНЫЙ КРИЗ ВОЗМОЖЕН ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
 1. **Истинной полицетемии**
 2. Хронического миелоидного лейкоза
 3. Хронического лимфоидного лейкоза
 4. Лимфомы Ходжкина
 5. Миелофиброза
20. К В – КЛЕТОЧНЫМ ЛИМФОМАМ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
 1. Плазмоцитомы
 2. Фолликулярной лимфомы
 3. Лимфомы Беркитта
 4. **Грибовидного микоза**
21. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ВЗРОСЛЫХ
 1. **Лимфатические узлы шеи**
 2. Лимфатические узлы брюшной полости
 3. Селезенка
 4. Костный мозг
 5. Паховые лимфатические узлы
22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ Т – ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛИМФОМ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. **Шея**
 2. Паховая область
 3. Забрюшинное пространство
 4. Селезенка

3) Решить ситуационные задачи:

Задача №4.

У больного некротический гингивит, тонзиллит, на коже множественные кровоизлияния. В периферической крови $150 \cdot 10^9/\text{литр}$ лейкоцитов, среди которых 90% составляют незрелые клетки, не поддающиеся иммуногистохимической идентификации.

1. О каком заболевании идёт речь?
2. Каков генез вышеуказанных симптомов?

Задача №12

Больной страдал хроническим миелоидным лейкозом с выраженной анемией (Hb до 70 г/л). Тоны сердца были приглушены, границы сердечной тупости расширены влево. Смерть наступила от сердечной недостаточности.

1. Какая дистрофия развилась в миокарде как морфологический субстрат декомпенсации сердца?
2. Каков морфогенетический механизм её развития?
3. Какие изменения сердца обнаружены на вскрытии (его образное название)?

4. Каковы микроскопические изменения мышечных клеток?
5. Какой окраской нужно пользоваться для определения этих изменений?

Задача №15.

У больного на шее обнаружен пакет спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов плотной консистенции. При гистологическом исследовании биоптатов лимфоузла шеи отмечается пролиферация ретикулярных клеток, клеток Рид-Березовского-Штернберга, эозинофилов, плазмочитов и лимфоцитов, а также участки склероза и некроза.

1. О каком заболевании идёт речь?
2. Назовите гистологический вариант этого заболевания?

Задача №45.

При вскрытии трупа ребёнка, причиной смерти которого послужила тяжёлая наследственная анемия, обнаружено, что печень, селезёнка, лимфатические узлы, костный мозг имеют ржаво-коричневый цвет.

1. Назовите пигмент, окрашивающий эти органы, укажите его происхождение?
2. Укажите, что лежит в основе одновременного появления пигмента в нескольких органах?

3) Решить ЗАДАЧИ №2, 4, 12, 15, 45, ответить на вопросы теста из «Сборника заданий для самостоятельной внеаудиторной работы по дисциплине патологической анатомии». Авторы: Мильчаков Д.Е., Колосов А.Е.-Киров, 2015 г, с. – 139.

4) Дать определение ТЕРМИНАМ: анемия, истинная полицитемия (эритремия), эритроцитопатия, гемоглобинопатия, лейкоцитоз, лейкопения, гемобластоз, тромбоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопатия, гиперпротеинемия, гипопропротеинемия, пунктат костного мозга, трепанобиопсия, пойкилоцитоз, анизоцитоз, гипохромия, гиперхромия, тельца Жолли, эритробластический эритропоэз, нормобластический эритропоэз, мегалобластический эритропоэз, гемолиз, железodefицитная анемия, В-12 -фолиево- дефицитная анемия, ахристические анемии, постгеморрагическая анемия, пернициозная анемия, параамилоидоз, остеолитиз, остеопороз, синдром повышенной вязкости, парапротеинемическая кома, острые лейкозы, лейкоэмические инфильтраты, бластемия, бластные клетки, лейкоэмический провал, некротическая ангина, геморрагический синдром, хлоролейкоз, пиоидный костный мозг, лейкозный пневмонит, лейкозный менингит, нейрорлейкоз, парапротеинемические лейкозы, врожденный лейкоз, цитостатическая болезнь, хронические лейкозы, моноклоновая стадия хронического лейкоза, поликлоновая стадия хронического лейкоза, бласттрансформация хронического лейкоза, аутоинфекция, остеомиелосклероз, миелофиброз, лейкозные тромбы, лейкозные стазы, клетки Сезари, парапротеины, парапротеинемический нефроз, параамилоидоз, остеолитиз, остеопороз, синдром повышенной вязкости, парапротеинемическая кома, первичная макроглобулинемия, болезнь тяжелых цепей, гистиоцитоз Х, клинико-гематологическая ремиссия, неходжкинские злокачественные лимфомы, грибовидный микоз, болезнь Ходжкина, малая клетка Ходжкина, большая клетка Ходжкина, гигантская клетка Рид-Березовского-Штенберга

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.4. Патологическая анатомия болезней почек и мочевыводящих путей.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить общую характеристику и классификацию болезней почек, этиологию и патогенез гломерулопатий, тубулопатий, морфологическую характеристику, осложнения и их исходы. Знать морфологическую характеристику приобретенных и наследственных гломеруло- и тубулопатий. Дать понятие о пиелонефрите, хронической почечной недостаточности.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия ревматических заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией почек.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Вопросы для собеседования.

1. Классификация гломерулопатий.
2. Первичные гломерулопатии. Классификация. Этиология, патогенез, морфологическая картина этих заболеваний. Осложнения. Исхода. Причины смерти.
3. Гломерулонефрит. Определение, классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти.
4. Определение, классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы нефротического синдрома.
5. Общая характеристика и классификация болезней почек.
6. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти при амилоидозе почек.
7. Определение, этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы острой почечной недостаточности.
8. Понятие о хронических тубулопатиях и тубуло-интерстициальных нефритах
9. Определение, этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения и исходы острого и хронического пиелонефрита.
10. Почечнокаменная болезнь и поликистоз почек.

11. Понятие о нефросклерозе и хронической почечной недостаточности как исходах многих болезней почек.
12. Общая характеристика и классификация болезней почек.
13. Опухоли почек. Определение, этиология, патогенез, морфологическая картина при разных гистологических типах опухолей почек.
14. Осложнения и исходы.

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 251. Подострый гломерулонефрит.

Почка резко увеличена в размерах и массе, которая достигает 400 грамм, дряблой консистенции, поверхность её гладкая. Фиброзная капсула снимается легко, обнажая жёлто-серое, тусклое корковое вещество с красным крапом. На разрезе корковый слой резко расширен, бледно-жёлтый с множественными мелкоочечными кровоизлияниями ярко-красного цвета. Граница между корковым и мозговым веществом хорошо различима вследствие резкого полнокровия мозгового, которое выглядит синюшно-красным. Чашечно-лоханочная система в патологический процесс не вовлечена.

Быстро прогрессирующий гломерулонефрит чаще проявляется аутоиммунным заболеванием, таким как системная красная волчанка, синдром Гудпасчера, нежели как самостоятельная нозологическая единица. В этих случаях больные погибают обычно в течение нескольких месяцев от хронической почечной недостаточности.

Макропрепарат № 9. Вторично-сморщенная почка после межпочечного нефрита.

Масса и размеры почки уменьшены. Капсула снимается с трудом, так как местами плотно сращена с паренхимой органа, отделяется с потерей вещества. Поверхность почки неравномерно бугристая с многочисленными грубыми западающими рубцами, часто сливающимися между собой. Западения при этом имеют довольно характерное строение. На поперечном разрезе видны пологие края и плоское дно, обычно не достигающее до мозгового вещества. В промежутках между рубцами почечная паренхима имеет обычный вид, если нет другого заболевания, поражающего почки.

Выраженный нефросклероз с явлениями тяжёлой почечной недостаточности с уремией чаще всего развивается как исход продуктивного воспаления при хроническом гломерулонефрите. Значительно реже причинами служат гипертоническая болезнь, сахарный диабет, амилоидоз.

Макропрепарат № 18. Большая сальная почка.

Почка увеличена, деревянистой плотности, бледная, капсула напряжена, снимается легко, оголяя гладкую чистую розовую поверхность. На разрезе корковое и мозговое вещество расширены, бело-розового цвета с сальным блеском, граница между ними плохо различима. Водная проба отрицательная, но положительна макроскопическая проба Р. Вирхова (йодный раствор в кислой среде). Чашечно-лоханочная система макроскопически интактна.

Амилоидоз почек наблюдается почти в каждом случае вторичного амилоидоза, связанного с наличием туберкулёзных или гнойных очагов в организме, нередко при периодической болезни, ревматоидном артрите, средиземноморской лихорадке. Исход заболевания неблагоприятный, всегда отмечается неуклонная прогрессия процесса. Смерть наступает от нарастающей хронической почечной недостаточности (уремии).

Макропрепарат № 99. Почка при ОПН.

У ребёнка почки слегка увеличены в размерах, с подчёркнутой эмбриональной дольчатостью, дряблой консистенции. Поверхность органа гладкая, капсула снимается легко, обнажая пёструю поверхность. На разрезе корковый слой серо-жёлтого цвета, тусклый, за исключением узкой подкапсульной зоны, которая остаётся серо-красной. Местами заметны точечные кровоизлияния. Мозговой слой расширен, полнокровный, тёмно-красного цвета. Подобные изменения в почке носят симметричный характер и служат морфологическим субстратом острой почечной недостаточности.

Острый кортикальный некроз диагностируется при тяжёлых инфекциях, сепсисе, шоке, иногда при беременности.

Макропрепарат № 98. Хронический пиелонефрит с паранефритом.

Материал представлен почкой и окружающей её жировой тканью. Масса и размеры почки уменьшены. Паранефральная клетчатка и фиброзная капсула отделяются с трудом, плотно сращены с паренхимой органа. Поверхность почки неравномерно бугристая с многочисленными грубыми западающими рубцами, часто сливающимися между собой. Западения при этом имеют довольно характерное строение. На поперечном разрезе видны пологие края и плоское дно, обычно не достигающее до мозгового вещества. В промежутках между рубцами почечная паренхима имеет обычный вид. Чашечки и лоханка умеренно расширены, стенка их

утолщена, уплотнена. Слизистая атрофирована, гладкая. Макроскопическим маркером хронического пиелонефрита является избыточное разрастание жировой ткани по ходу чашечно-лоханочной системы.

В этиологии ведущую роль играет восходящая инфекция за счёт, преимущественно, Грамотрицательной флоры. Процесс чаще односторонний, в клинике проявляется хронической почечной недостаточностью. Хроническое воспаление в чашечках и лоханке служат фоном для формирования нефролитов.

Макропрепарат № 16. Камни в почке.

Размеры почки варьируют в зависимости от длительности заболевания, в исходе образуется вторично сморщенная почка. Форма почки крупнобугристая, капсула снимается с трудом, обнажая светло-коричневую пёструю поверхность. Пестрота обусловлена множественными мелкоочечными кровоизлияниями, очагами некроза, фиброза и воспаления. На разрезе корковое и мозговое вещество уменьшены в размерах, малокровные, граница между ними плохо различима. Чашечно-лоханочная система резко расширена и содержит камень, полностью повторяющий её контуры.

Среди осложнений особое место занимают острая задержка мочи, гидронефроз, пиелонефрит, абсцессы почки (апостематозный гнойничковый нефрит) с последующим появлением уросепсиса. В причинах нефролитиаза главенствуют хроническое воспаление чашечек и лоханки, врождённые аномалии развития почки и мочеточников, затруднения пассажа мочи, а также заболевания, связанные с нарушением метаболизма пуриновых оснований.

Макропрепарат № 58. Почечно-клеточный (гипернефроидный) рак.

Почка значительно увеличена, деформирована, с гладкой поверхностью. Большую часть органа занимает опухолевый узел, окружённый псевдокапсулой (фибропластическая реакция в сочетании с атрофией и некрозом прилегающей почечной паренхимы), которая по мере роста неоплазмы исчезает. Ткань опухоли желтоватого цвета, имеет пёстрый вид в связи с наличием очагов некроза, кровоизлияний различной давности, кист с прозрачной буроватой или кровянистой жидкостью.

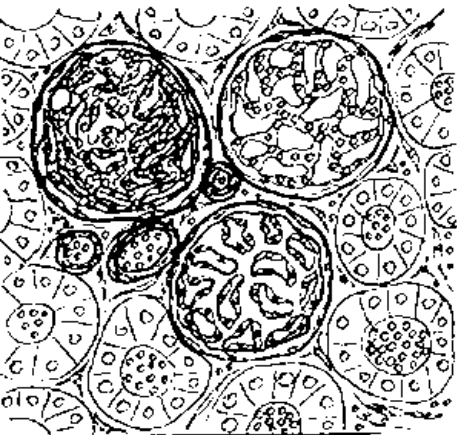
Метастазирует рак почки преимущественно гематогенно, первые метастазы обычно выявляются в лёгких. Характерно прорастание карциномы в почечную вену и распространение по полой вене (вплоть до сердца).

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 201а. Интракапиллярный гломерулонефрит.

(окраска гематоксилином и эозином)

Сплетения клубочков представляются увеличенными, почти всецело заполняют просвет капсулы Боумена-Шумлянско-го, который сохраняется лишь в виде узкой щели. Количество клеток в сплетениях значительно больше, чем при нормальных условиях, что обусловлено, главным образом, размножением клеток мезангия и эндотелиоцитов. В клубочках скапливаются лимфоциты, макрофаги и видны однородные массы свернувшегося белка. Эпителий почечных канальцев уплощен за счёт атрофии. Местами определяются фокусы гиалиново-капельной дистрофии, с исходом в коагуляционный некроз.



гематоксилином и эозином).

Обозначить:

- 1 – увеличенный, богатый клетками клубочек;
- 2 – запустевшие капилляры почечного клубочка;
- 3 – почечные канальцы с явлениями гиалиново-капельной дистрофии и коагуляционного некроза.
- 4 – обилие эритроцитов в просвете канальцев;

Микропрепарат № 202. Нефросклероз *(окраска*

При микроскопии отмечается дисконкомплексация почечной паренхимы, морфологическая картина характеризуется наличием многочисленных рубцовых участков, беспорядочно расположенных среди ещё сохранившихся канальцев. Гибнет только часть клубочков, развитие соединительной ткани происходит местами и неравномерно. Поражённая ткань остаётся богатой клетками лимфоцитарного ряда. Большая часть клубочков подвергается склерозу и гиалинозу. Вследствие наступившего сморщивания ткани клубочки лежат близко друг к другу, иногда небольшими группами. Нередко наблюдаются клубочки с утолщёнными, нерезко контурированными капсулами, местами приобретая неправильный, как бы дольчатый вид. Эпителий канальцев атрофирован с признаками гиалиново-капельной дистрофии. Сохранившиеся отделы нефрона склонны к рабочей гипертрофии.



Обозначить:

- 1 – атрофированный клубочек с утолщённой и склерозированной капсулой;
- 2 – запустевший гиалинизированный клубочек;
- 3 – атрофированные и дистрофически изменённые каналцы;
- 4 – клеточная воспалительная инфильтрация;
- 5 – сохранившиеся клубочки лапчатой формы

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Выберите один правильный ответ

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ (ГЛОМЕРУЛОПАТИИ) ЯВЛЯЕТСЯ

1. *Гломерулонефрит*

- 2. Хронический пиелонефрит
- 3. Поражение почек при сахарном диабете
- 4. Анальгетическая нефропатия

2. РАЗЛИЧАЮТ ТИП ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ

- 1. Активный
- 2. Персистирующий

3. *Подострый*

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. *Пролиферация клеток клубочка*

- 2. Фибриноидный некроз гломерулярных капилляров
- 3. Фокальный склероз сосудистого полюса клубочка
- 4. Выраженное утолщение базальных мембран капилляров
- 5. Некроз капиллярных петель

4. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ПОДОСТРОГО (БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО) ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1. Гиалиновые узелки на периферии клубочковых капилляров
- 2. Утолщение базальной мембраны клубочковых капилляров

3. *Образование "полулуний"*

- 4. Фибриноидный некроз артериол клубочка
- 5. Интерстициальный фиброз

5. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРНО

- 1. Гиалиновые капли на периферии капиллярных петель
- 2. Гиалиновое утолщение базальной мембраны капилляров

3. Ишемический коллапс клубочков
4. Капиллярные некрозы
5. *Линейные радиальные рубцы коркового слоя*
6. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
 1. Обструктивная нефропатия
 2. Пестрая почка
 3. *Синдром Альпорта*
 4. Экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит
7. ПОДОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЛИПОИДНОГО НЕФРОЗА
 1. Альбуминурией
 2. отеками
 3. Повышенным содержанием в сыворотке крови холестерина
 4. Гиперпротеинемией
 5. *Гипертензией*
8. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КАНАЛЬЦЕВ (ТУБУЛОПАТИИ) ОТНОСИТСЯ
 1. Нефропатия беременных
 2. Опухоль Вильмса
 3. Поражение почек при системной красной волчанке
 4. *Поражение почек при миеломной болезни*
9. ОСНОВНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
 1. *Лейкоцитарная инфильтрация интерстиция*
 2. Дистрофические изменения канальцевого эпителия
 3. Полнокровие юкстамедуллярной зоны почки
 4. Белковые цилиндры в канальцах
10. ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ
 1. В клубочках
 2. *В проксимальных отделах нефрона*
 3. В дистальных отделах нефрона
 4. В собирательных трубках
11. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТСУТСТВУЕТ
 1. Протеинурия
 2. Гипопротеинемия
 3. *Дегидратация*
 4. Гиперлипидемия
 5. Липидурия
12. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩИМСЯ АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. *Ревматоидный артрит*
 2. Ревматизм
 3. Атеросклероз
 4. Гипертоническая болезнь
 5. Цирроз печени
13. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНА
 1. Большая сальная почка
 2. *Первично- сморщенная почка*

3. Вторично- сморщенная почка
4. Неравномерно рубцовые сморщенные почки
5. Крупнобугристые сморщенные почки
14. ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ БЫВАЕТ
 1. Бактериальный
 2. Грибковый
 3. Вирусный
 4. **Все перечисленное**
 5. Ничего из перечисленного
15. К "ОСОБЫМ" ФОРМАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ
 1. Грибковый
 2. Рефлюксная нефропатия
 3. **Малакоплакия**
 4. Все перечисленное
16. К ИНФЕКЦИОННЫМ ПРОЦЕССАМ В ПОЧКАХ ОТНОСИТСЯ
 1. **Эпидемическая геморрагическая лихорадка**
 2. Малакоплакия
 3. Ксантогранулематозный пиелонефрит
 4. Хронический пиелонефрит
 5. Все перечисленное
17. ФОРМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Персистирующий нефрит
 2. Рефлюксная нефропатия
 3. **Гиперчувствительный тубуло-интерстициальный нефрит**
 4. Ксантогранулематозный нефрит
18. В ОСНОВЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА МОГУТ ЛЕЖАТЬ
 1. Анальгетическая нефропатия
 2. Литиевая нефропатия
 3. Нефропатии, связанные с производством нитрозомочевины
 4. **Все перечисленное**
 5. Ничего из перечисленного
19. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭНДО- ИЛИ ЭКЗОГЕННЫМИ ИММУННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ, МОГУТ БЫТЬ
 1. При сифилисе
 2. **При системной красной волчанке**
 3. При вирусной инфекции
20. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИММУННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С АНТИТЕЛАМИ И КЛУБОЧКОМ, НАБЛЮДАЮТСЯ
 1. **При синдроме Гудпасчера**
 2. При В-К моль синдроме
 3. При синдроме Олбрайта
21. ОБСТРУКТИВНЫЕ НЕФРОПАТИИ МОГУТ БЫТЬ
 1. Неинфекционными
 2. Инфекционными

3. Пионефроз
4. **Все перечисленное**
5. Ничего из перечисленного
22. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ, СВЯЗАННЫЙ С ПАПИЛЛЯРНЫМИ НЕКРОЗАМИ, НАБЛЮДАЕТСЯ
 1. При паратиреоидной остеодистрофии
 2. **При сахарном диабете**
 3. При туберкулезе
 4. При малакоплакии
 5. При всех перечисленных болезнях
23. ОСТРЫЕ ТУБУЛЯРНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (НЕКРОЗЫ) МОГУТ БЫТЬ ВСЛЕДСТВИЕ
 1. Переливания несовместимой крови
 2. Синдрома раздавливания
 3. Септицемии
 4. **Всего перечисленного**
 5. Ничего из перечисленного
24. К ВРОЖДЕННЫМ ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ
 1. Медуллярная кистозная болезнь (ювенильный нефронофтиз)
 2. Семейный интерстициальный нефрит
 3. Синдром Альпорта
 4. **Все перечисленное**
 5. Ничего из перечисленного
25. К ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ПРИ ГЛОМЕРУЛЯРНОЙ И СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ОТНОСЯТ
 1. Острые и хронические гломерулопатии
 2. Ишемическую атрофию
 3. Первично- сморщенную почку
 4. Вторично- сморщенную почку
 5. **Все перечисленное**
26. ОСНОВНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ
 1. Гистиоцитарная инфильтрация стромы почки
 2. **Склероз и гиалиноз капилляров внутреннего мозгового слоя и клетчатки ворот почек**
 3. Полнокровие юкстамедуллярной зоны органа
 4. Мембранозная гломерулопатия
 5. Жировая дистрофия эпителия извитых канальцев
27. МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ ОТ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Большая примесь макрофагов в инфильтрате
 2. Линейные радиальные рубцы
 3. Фиброз интерстиция
 4. "Тиреоидизация" почки
 5. **Склероз и мононуклеарная инфильтрация чашечек и лоханки**
28. НАИМЕНЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Перигломерулярный склероз

2. Коллапс стромы почки
3. Склероз и моноклеарная инфильтрация интерстиция

4. Сужение мочевого пространства

5. "Тиреоидизация" почки

29. ПОДОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЛИПОИДНОГО НЕФРОЗА

1. Альбуминурией
2. Гипопротеинемией
3. Отеком

4. Гипертензией

5. Всем перечисленным

30. ГИАЛИНОЗ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ОБЫЧНО НЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1. При остром гломерулонефрите

2. При хроническом гломерулонефрите
3. При хроническом пиелонефрите
4. При артериолонефросклерозе
5. При всем перечисленном

31. ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

1. Пролиферация эндотелия капилляров клубочков
2. Утолщение капсулы клубочков
3. Поражение одной почки
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

32. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ МЕМБРАНОЗНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

1. В проксимальных отделах собирательных канальцев
2. В дистальных отделах собирательных канальцев
3. В базальной мембране канальцев
4. В базальной мембране капилляров клубочков

3) Дать определение ТЕРМИНАМ: гломерулопатии, синдром Альпорта, нефросклероз, поликистоз почек, гломерулонефрит, гломерулит, нефротический синдром, синдром Гудпасчера, острый гломерулонефрит, быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, мезангиокапиллярный гломерулонефрит, фибропластический гломерулонефрит, болезнь Берже, "пестрая почка", "большая пестрая почка", "большая красная почка", интерпозиция мезангия, "вторично-сморщенная почка", азотемическая уремия, липоидный нефроз, тубулопатии, интерстициальный нефрит (тубуло-интерстициальный нефрит), пиелонефрит, почечнокаменная болезнь, нефросклероз, поликистоз почек, фибропластический гломерулонефрит, болезнь Берже, "пестрая почка", "большая пестрая почка", "большая красная почка", интерпозиция мезангия, "вторично-сморщенная почка", азотемическая уремия, липоидный нефроз, клеточная карцинома (гипернефроидный рак), опухоль Вильямса (нефробластома).

4) Решить ситуационные задачи:

Задача №26.

У больного, страдающего фолликулярной ангиной (температура тела – 39°C), выражена тахикардия, при анализе мочи обнаружены следы белка. После выздоровления деятельность сердца нормализовалась, анализы мочи без отклонения от нормы.

1. Какой патологический процесс развился в миокарде и почках?
2. Как эти органы изменились макроскопически?
3. Какие возникли микроскопические изменения?
4. Какой морфогенетический механизм развития патологического процесса в почках, миокарде?

5. Почему деятельность почек и сердца нормализовалась после выздоровления больного?

Задача №44.

Ребёнок умер от острой почечной недостаточности через 1 месяц после того, как перенёс острое инфекционное заболевание, сопровождающееся мелкоочечной сыпью и ангиной с лимфоаденитом.

1. Какое заболевание перенёс ребёнок?
2. Какова связь между этим заболеванием и причиной смерти?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 5. Патологическая анатомия болезней эндокринной системы.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Узнать этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры. Получить понятие о дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты, болезни бери-бери, спру.

Задачи: Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Обучить давать их классификацию, морфологическую характеристику, знать осложнения, исходы, диагностировать их по макро- и микроскопической картине. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам. Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;

2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов эндокринной системы.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Вопросы для собеседования.

1. Строение и функции нейроэндокринной системы. Свойства гормонов, значение для организма.
2. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы заболеваний щитовидной железы.
3. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, причины смерти, исходы сахарного диабета.
4. Характеристика болезней околощитовидных желез, надпочечников, патологии эндокринного аппарата половых желез.
5. Строение и функции нейроэндокринной системы. Свойства гормонов, значение для организма.
6. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы болезней гипопаратиреоза.
7. Понятие о витаминах и их значение для организма.
8. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения при рахите.
9. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения при цинге (скорбуте).
10. Понятие о пелагре, ксерофтальмии, дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты, бери-бери, спру.

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ.

Макропрепарат № 105. Паренхиматозный зоб.

Щитовидная железа значительно увеличена в размерах и массе за счёт большой доли и перешейка, деформирована. Орган плотной консистенции, поверхность его крупнобугристая, покрыта серой полупрозрачной капсулой. На разрезе ткань щитовидной железы мясисто-красного цвета, однородная, зернистая, красно-коричневая.

Подобная патология щитовидной железы сопровождается гиперфункцией и явлениями тиреотоксикоза. Паренхиматозный зоб является морфологическим субстратом Базедовой болезни.

Макропрепарат № 106. Коллоидный зоб.

Размеры и масса доли щитовидной железы превышают норму в 2 раза. Она неоднородной консистенции, поверхность неравномерно бугристая, серо-коричневого цвета. На разрезе капсула органа хорошо прослеживается на всём протяжении, паренхима пёстро-красного цвета за счёт множественных узлов округлой формы, эластической консистенции, диаметром от 0,5 до 1,5 см, тёмно-красного цвета, блестящие, содержат стекловидный прозрачный коллоид. Ткань железы, разделяющая узловатые образования, светло-коричневая, плотная.

Коллоидный зоб наиболее часто развивается в эндемичных по дефициту йода регионах и сопровождается гипер-, эу- или гипотиреозом.

Макропрепарат № 107. Рак щитовидной железы.

Препарат представлен частью доли щитовидной железы, которая увеличена в размерах, деформирована за счёт опухолевого узла диаметром до 2 см, шаровидной формы, плотной консистенции, границы его нечёткие, ткань карциномы однородная, серо-белого цвета.

Наиболее частыми гистологическими вариантами неоплазмы в щитовидной железе регистрируются папиллярный и фолликулярный рак. Сосочковый рак, как правило, не приводит к смерти и бывает случайной находкой при секции умерших от другой патологии. Фолликулярная карцинома рано даёт метастазы и сулит плохой прогноз заболевания.

Макропрепарат № 59. Аденома надпочечника.

Надпочечник представлен опухолевым узлом, ограниченным фиброзной капсулой, жёлто-оранжевого цвета и зернистого вида на разрезе, мягко-эластичной консистенции, размерами 4x1,5x2 см. Цвет опухолевой ткани обусловлен высоким содержанием нейтральных жиров и холестерина (используются при синтезе стероидных гормонов). Клинически гормонпродуцирующие опухоли коры надпочечников проявляются

признаками тотального или частичного гиперкортицизма в виде синдрома Кушинга, первичного альдостеронизма, преждевременного полового созревания, мужского или женского гермафродитизма. Аденомы развиваются обычно на фоне диффузной или аденоматозной гиперплазии коры, которая по мере роста гормонально-активного новообразования может подвергаться атрофии.

Макропрепарат № 108. Атрофический склероз поджелудочной железы.

Материал представлен поджелудочной железой и плотно спаянной с ней забрюшинной клетчаткой. Орган уменьшен в размерах преимущественно за счёт головки и тела, деформирован, плотной консистенции. На разрезе дольчатость железы плохо различима, ткань имеет серо-жёлтый цвет из-за замещения паренхимы органа соединительной и жировой тканью.

Такие изменения характеризуют хронический индуративный панкреатит, вызванный избыточной нагрузкой на экзокринную часть pancreas. В подобных случаях эндокринная функция органа, как правило, не снижается.

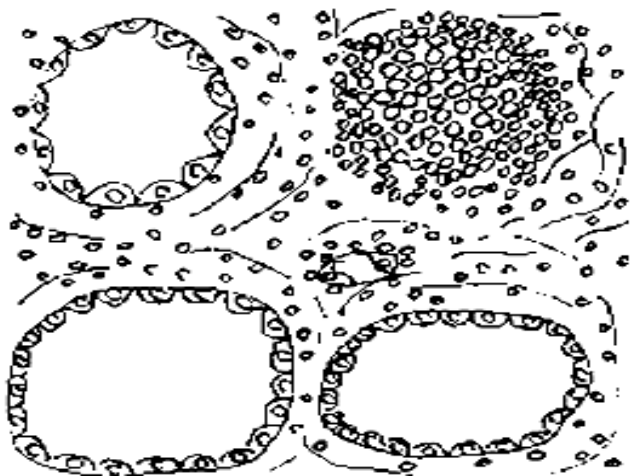
2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 305. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото).

(окраска гематоксилином и эозином)

Наиболее типичным для аутоиммунного тиреоидита является сплошная инфильтрация ткани щитовидной железы лимфоплазмочитарными элементами с формированием лимфоидных узелков с почти полной утратой структур из тироцитов. Среди густой лимфоцитарной инфильтрации можно наблюдать различные проявления регенераторного роста эпителия как в виде небольших островков светлых клеток с микрофолликулами и пластами из базофильных клеток без образования фолликулов, или в виде небольшого количества этих клеток. При эпителиальной гиперплазии при аутоиммунном тиреоидите, в отличие от железистой гиперплазии щитовидной железы, встречается эпидермоидная метаплазия эпителия. При этом небольшие пласты и тяжи из многослойного плоского эпителия, как правило, располагаются в железах с преобладанием склерозированной стромы. В исходе процесса происходит фиброзирование стромы органа, сопровождающееся нередко, гиалинозом с резким уменьшением количества плазматических клеток и лимфоцитов.

Аутоиммунный тиреоидит Хасимото рассматривается как классический пример аутоиммунного заболевания I типа.



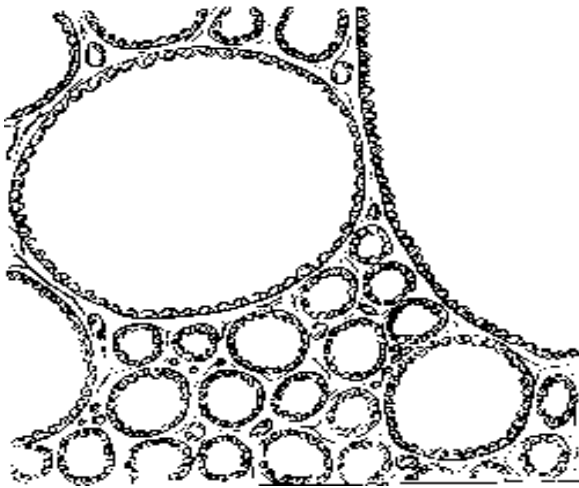
Обозначить:

- 1 - лимфоидный фолликул со светлым центром
- 2 - уменьшенные в размерах фолликулы щитовидной железы
- 3 - уплощенный эпителий
- 4 - коллоид
- 5 - лимфоцитарная инфильтрация

Микропрепарат № 35. Макро-микрофолликулярный зоб.

(окраска гематоксилином и эозином)

Ткань щитовидной железы представляется неоднородной. Полости большинства фолликулов сильно растянуты, в них под влиянием давления коллоида, происходит уплощение эпителия и истончение его стенки. Местами наблюдаются участки слияния двух соседних полостей. Коллоид полностью заполняет фолликулы и окрашивается в розовый цвет. Клетки фолликулярного эпителия подвергаются дистрофии, некрозу и располагаются среди коллоидной массы. При исследовании межфолликулярной ткани выявляется гиалиновое перерождение соединительнотканых прослоек, приобретающих характер утолщенных однородных тяжей.



Обозначить:

- 1 – чрезмерно растянутые полости фолликулов, выполненные коллоидом;
- 2 – межфолликулярная ткань;
- 3 – уплощённый фолликулярный эпителий.

Микропрепарат № 186. Базедов зоб.

(окраска гематоксилином и эозином)

Фолликулы щитовидной железы расширены и деформированы за счёт выраженной пролиферации фолликулярного эпителия, который становится высоким, типа цилиндрического, формирует сосочковые выросты (подушечки Садерсона). Фолликулы заполнены гомогенно-розовым, пенистым коллоидом, который не соприкасается с тироцитами. Межфолликулярные перегородки утолщены за счёт отёка, инфильтрированы лимфоцитами.



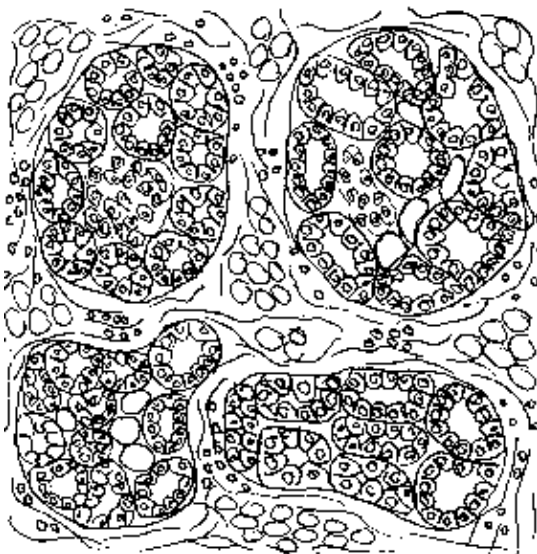
Обозначить:

- 1 – расширенные и деформированные фолликулы;
- 2 – высокий фолликулярный эпителий;
- 3 – подушечки Садерсона;
- 4 – пенистый коллоид.

Микропрепарат №215. Поджелудочная железа при атрофическом панкреатите.

(окраска пикрофуксином по ванГизон)

В микропрепарате определяются значительные поля соединительной ткани (красного цвета), которые разделяют единичные, уменьшенные в размерах островки железистой ткани. Протоки деформированы, стенки их резко утолщены. Структура долек нарушена за счёт сдавления и замещения жировой тканью (липоматоз). Ацинарный эпителий атрофирован.



Обозначить:

- 1 – широкие фиброзные поля (красного цвета);
- 2 – деформированные протоки;
- 3 – атрофированные дольки железы;
- 4 – липоматоз.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

1. ПО ВНЕШНЕМУ ВИДУ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЗОБА

1. Узловатый

2. Диффузный

3. Смешанный

4. Все перечисленное

5. Только 1 и 2

2. К АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТАМ ОТНОСЯТ

1. Тиреоидит Хасимото

2. Тиреоидит Риделя

3. Тиреоидит де Кервена

4. Все перечисленное

5. Только 1 и 2

3. ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

1. Повышена

2. Не изменена

3. Снижена

4. Верно 1 и 2

5. Верно 2 и 3

4. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Недостаток йода

2. Избыток йода

3. Избыток калия

4. Все перечисленное

5. Ничего из перечисленного

5. ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Кретинизм

2. Гигантизм

3. Акромегалия

4. Верно 2 и 3

5. Все перечисленное

6. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ВЗРОСЛЫХ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Базедовизм

2. Микседема Иценко – Кушинга

3. Синдром Кушинга

4. Все перечисленное

5. Только 1 и 3

7. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОТНОСЯТ

1. Атрофия и склероз

2. Гипертрофия и гиперплазия

3. Гнойное воспаление

4. Некроз

8. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Плазморрагия

2. Атеросклероз

3. Васкулит

4. Кальциноз

9. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Атеросклероз
2. Плазматическое пропитывание
3. Гиалиноз
4. Верно 1 и 2
5. **Верно 2 и 3**

10. СИНДРОМ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК НОСИТ НАЗВАНИЕ

1. Гиппель – Линдау
2. Шегрена
3. **Киммельстила – Уилсона**
4. Луи – Бара

11. ДИАБЕТИЧЕСКУЮ МАКРОАНГИОПАТИЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

1. Изменения в аорте
2. Атеросклероз
3. Изменения артериол и капилляров
4. **Верно 1 и 2**
5. Верно 2 и 3

12. ДИАБЕТИЧЕСКУЮ МИКРОАНГИОПАТИЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

1. Плазматическое пропитывание, гиалиноз
2. Атеросклероз
3. Изменения артериол и капилляров
4. Верно 1 и 2
5. **Верно 1 и 3**

13. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ, ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА

1. Инсулинзависимую
2. Инсулиннезависимую
3. Юношескую
4. **Верно 1 и 2**
5. Верно 1 и 3

14. РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА СВЯЗАНО С ИЗМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИИ

1. α - клеток
2. **β – клеток**
3. д – клеток
4. е- клеток
5. Всех перечисленных

15. ИЗМЕНЕНИЯ КЛУБОЧКОВ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. **Склерозом и гиалинозом**
2. Дистрофией
3. Атрофией
4. Гипертрофией

16. В ТОНКОМ СЕГМЕНТЕ НЕФРОНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Склерозом и гиалинозом
2. Атрофией
3. **Гликогенная инфильтрация**
4. Жировая дистрофия

17. ЭКССУДАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. «Фибриновые шапочки»
2. «Капсульные капли»
3. Гематоксилиновые тельца
4. **Верно 1 и 2**
5. Верно 1 и 3

18. ДИАБЕТИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМАХ, КРОМЕ

1. Диффузной
2. Узловой
3. **Смешанной**
4. Очаговой

19. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ, КРОМЕ

1. Диабетической комы
2. Синдрома Киммельстиля – Уилсона

3. **Инфаркт миокарда**

4. Диабетической гангрены

20. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ I ТИПА (ИНСУЛИНЗАВИСИМЫЙ) ХАРАКТЕРИЗУТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

1. Более молодого возраста
2. Тяжелого и лабильного течения
3. Наклонности к кетоацидозу

4. **Отсутствия кетоацидоза**

5. Абсолютной недостаточности инсулина

21. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ II ТИПА (ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫЙ) ХАРАКТЕРИЗУТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

1. Зрелого и пожилого возраста
2. Относительно легкого течения
3. Отсутствия кетоацидоза
4. Относительной недостаточности инсулина

5. **Наклонности к кетоацидозу**

22. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КОМЫ, КРОМЕ

1. Диабетической (гипергликемической, кетоацидозной)
2. Молочнокислой
3. Гиперосмолярной

4. **Гипоосмолярной**

5. Гипогликемической

23. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗАДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА ВОЗНИКАЕТ

1. Болезнь Иценко – Кушинга

2. **Несахарное мочеизнурение (несахарный диабет)**

3. Акромегалия

4. Адипозогенитальная дистрофия

24. ПРИ АДЕНОМЕ ИЗ БАЗОФИЛЬНЫХ КЛЕТОК ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА ВОЗНИКАЕТ

1. **Болезнь Иценко – Кушинга**

2. Несахарный диабет

3. Акромегалия

4. Адипозогенитальная дистрофия

25. ПРИ АДЕНОМЕ ИЗ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ КЛЕТОК ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗНИКАЕТ

1. Болезнь Иценко – Кушинга

2. Несахарный диабет

3. Акромегалия

4. **Гигантизм**

26. ПРИ АДЕНОМЕ ИЗ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ КЛЕТОК ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА У ВЗРОСЛЫХ ВОЗНИКАЕТ

1. Болезнь Иценко – Кушинга

2. **Акромегалия**

3. Несахарное мочеизнурение (несахарный диабет)

4. Аддисонова болезнь

27. ПРИ РАЗВИТИИ ОЧАГОВ НЕКРОЗА В ГИПОФИЗЕ ВОЗНИКАЕТ

1. Акромегалия
2. **Церебрально-гипофизарная кахексия (болезнь Симмондса)**
3. Гигантизм

28. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО – КУШИНГА ЛЕЖИТ

1. **Гиперплазия базофильных клеток аденогипофиза**
2. Гиперплазия хромофобных клеток аденогипофиза
3. Гиперплазия эозифильных клеток аденогипофиза
4. Все перечисленное

29. В ОСНОВЕ АКРОМЕГАЛИИ ЛЕЖИТ

1. **Гиперплазия эозифильных клеток аденогипофиза**
2. Гиперплазия базофильных клеток аденогипофиза
3. Злокачественная опухоль гипофиза
4. Все перечисленное

30. ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПОПЛАЗИИ ГИПОФИЗА ХАРАКТЕРНО

1. **Уменьшение массы и объема гипофиза**
2. Уменьшение размеров турецкого седла
3. Исчезновение хромофобных клеток в передней доле гипофиза

31. ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГИПОФИЗЕ ХАРАКТЕРНЫ

1. **Для инфекционных заболеваний**
2. Для общего амилоидоза
3. Для заболеваний печени
4. Верно 1 и 2
5. Верно 1 и 3

32. КИСТЫ ГИПОФИЗА ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

1. В передней доле гипофиза
2. **В средней доле гипофиза**
3. В задней доле гипофиза

33. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО – КУШИНГА РАЗВИВАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

1. Верхнего типа ожирения
2. Гиперплазия коры надпочечников
3. Гипертонии
4. **Гипотонии**
5. Глюкозурии

34. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Дисфункция желез внутренней секреции
2. **Аденома околощитовидной железы**
3. Недоразвитие паратиреоидного аппарата
4. Все перечисленное
5. Только 1 и 3

35. ОСНОВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. **Гиперкальциурия**
2. Повышение уровня сиаловых кислот
3. Избыточное содержание белка в моче
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

36. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Множественные кровоизлияния в мягкие ткани
2. Системное рассасывание костной ткани (остеопороз)
3. Камни в почечных лоханках
4. Верно 1 и 2
5. **Верно 2 и 3**

37. ОСНОВНЫМИ МИКРОСКОПИЧЕСКИМИ НАХОДКАМИ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Множественные известковые метастазы
 2. Обнаружение светлоклеточной (темноклеточной) аденомы
 3. Гигантоклеточные опухоли («остеокластомы») в костях
 4. **Все перечисленное**
 5. Ничего из перечисленного
38. ПРОЯВЛЕНИЯМИ СВЕТЛОКЛЕТОЧНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Системное разрежение костей
 2. Мочекаменная болезнь
 3. Полигландулярная недостаточность эндокринных желез
 4. **Верно 1 и 2**
 5. Верно 1 и 3
39. ПРИ АДЕНОМЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ
1. Болезнь Иценко – Кушинга
 2. **Паратиреоидная остеодистрофия**
 3. Акромегалия
 4. Несахарный диабет
40. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В СОСУДАХ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ ЛИПОГИАЛИН
1. Сыпной тиф
 2. Туберкулез
 3. Узелковый периартериит
 4. **Сахарный диабет**
 5. Гипертоническая болезнь
41. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ РАХИТА
1. Гиперкальциемия
 2. Гиперфосфатемия
 3. **Недостаток витамина D**
 4. Избыток витамина D
 5. Недостаток витамина C
42. ДЛЯ КАКОГО ЗОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА
1. Эндемический
 2. Sporодический
 3. Зоб Хашимото
 4. **Базедов зоб**
 5. Зоб Риделя
43. ПРОЯВЛЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Амилоидоз
 2. Мукоидное набухание
 3. **Атрофия β – клеток островков Лангерганса**
 4. Гемосидероз
 5. Некроз эпителия протоков железы

3) Дать определение ТЕРМИНАМ: эндокринопатия, полигландулярная эндокринопатия, акромегалия, гипопитарный нанизм, церебрально-гипопитарная кахексия, болезнь Иценко-Кушинга, адипозогенитальная дистрофия, несахарный диабет, гигантизм, стрии, сахарный диабет, остеопороз, аддисонова болезнь, меланодермия, острая надпочечниковая недостаточность, супраренальная кахексия, зоб (струма), тиреоидит, тиреотоксикоз, микседема, Базедова болезнь, тиреотоксическое сердце, тиреотоксический фиброз печени, "антительные болезни рецепторов", тиреоидит Хашимото, зоб Риделя, паратиреоидная остеодистрофия, синдром Эллисона-Золлингера, гипогликемический синдром, диабетическая микроангиопатия, диабетическая микроангиопатия, липогиалин, диабетический гломерулосклероз, синдром Киммельстилла-Уилсона, гиповитаминоз, авитаминоз, рахит, скорбут, ксерофальмия, пеллагра, краниотабес, остеофиты, рахитические четки, рахитические браслетки, цинга, язвенный глоссит, гемералопатия, кератомалиция.

4) Решить ситуационные задачи:

Задача №36.

Новорожденный ребёнок, родившийся на 36 неделе беременности, с большой массой тела равной 4 кг, умер через несколько часов после рождения в состоянии асфиксии. На вскрытии констатирован багрово-синюшный цвет кожных покровов, петехии, пастозность мягких тканей, гепато-кардиомегалия

1. Какое состояние может быть заподозрено у новорожденного?

Задача №62

Больной С. 41 год поступил в больницу с острыми болями в эпигастральной области. При фиброгастродуоденоскопии выявлены 2 язвы в области дна желудка. В крови выявлено повышение гастрина, анемия. При исследовании поджелудочной железы обнаружено опухолевое образование в виде узла мягко-эластической консистенции диаметром 1 сантиметр. При гистологическом исследовании выявлены кубические клетки с гормональной активностью.

1. Что это за заболевание и как оно называется по автору?
2. Почему появились язвы в желудке?
3. Это образование доброкачественное или злокачественное?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.6. Патологическая анатомия болезней нервной системы.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить особенности роста опухолей нервной и меланинообразующей тканей, тератом и тератобластом согласно принципам классификации этих опухолей; научиться различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Задачи: Получить знания об особенностях роста опухолей согласно принципам классификации, уметь

различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы опухолей из меланинообразующей и нервной ткани;

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Этиология, пато- и мо-фогенез, классификация опухолей нервной и меланинообразующей тканей, тератом и тератобластом.
2. Макро- и микроскопическая характеристика, особенности роста, метастазирования вышеперечисленных опухолей.

2. Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 70. Глиобластома.

Размеры головного мозга увеличены, полушария ассиметричны, извилины сглажены, борозды расширены. Мягкая мозговая оболочка гладкая, прозрачная, блестящая. В белом веществе полушария головного мозга чётко контурируется опухолевый узел шаровидной формы 5 см в диаметре, мягкой консистенции, серо-розового цвета. В толще неоплазмы визуализируется обширное поле тёмно-красного цвета, дряблой консистенции, обусловленное кровоизлиянием и вторичной маляцией тканей. Боковой желудочек на стороне поражения уменьшен в размерах, сдавлен. Эпендима желудочков не изменена. Новообразование развивается из клеточных элементов астроцитарной глии, не метастазирует. Патогистологически астроцитомы имеют черты дифференцированной (доброкачественной) опухоли, но клинически протекает злокачественно, смерть наступает от дислокации стволовой части головного мозга с вклиниванием и ущемлением в большом затылочном отверстии.

Макропрепарат № 65. Невринома слухового нерва.

На основании головного мозга в области левого мосто-мозжечкового угла диагностируется шаровидная опухоль, исходящая из оболочек VIII пары черепно-мозговых нервов, диаметром 2 см, плотно-эластической консистенции. На разрезе узел серо-розового цвета, однородный, окружён хорошо выраженной капсулой. Неоплазма развивается из леммоцитов, гистологически зрелая опухоль, клинически также протекает доброкачественно в связи с тем, что не метастазирует, а из-за маленьких размеров не приводит к смещению и сдавлению структур головного мозга. Ведущий клинический симптом обусловлен изменением функции поражённого нерва.

Макропрепарат № 68. Меланома глаза.

Опухоль имеет вид рыхлой сине-чёрной бляшки, располагающейся на заднем полюсе внутренней оболочки глаза. Меланома отслаивает сетчатку глаза, инфильтрирует цилиарное тело. Новообразование происходит из меланоцитов сетчатки глаза, макроскопически представляет собой нодулярную форму, отличающуюся самой высокой злокачественностью из-за инфильтрирующего роста. Клетки злокачественной опухоли меланинообразующей ткани распространяются по кровеносным, лимфатическим сосудам и имплантационно (периневрально). Наичаще больные погибают от метастазов в головной мозг.

Макропрепарат № 66. Меланома. Метастаз в головной мозг.

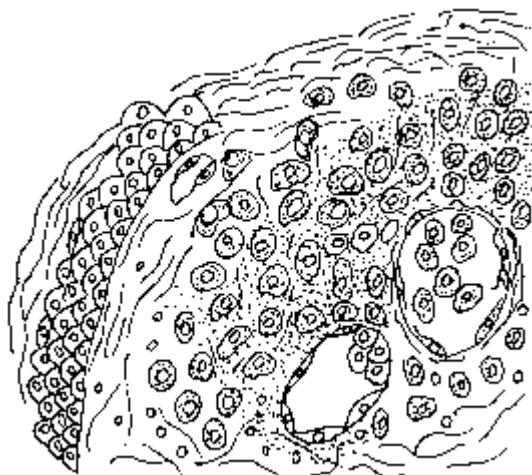
Масса головного мозга ребёнка увеличена, полушария симметричны, извилины немного сглажены, борозды расширены. Мягкая мозговая оболочка умеренно полнокровная, тонкая, прозрачная. На разрезе в белом веществе лобных долей обоих полушарий головного мозга выявляются метастатические очаги чёрного цвета с неровными краями, четкими границами, крошащиеся. Наиболее вероятный путь проникновения – периневральный из меланомы сетчатки глаза.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 116. Меланома кожи (окраска гематоксилином и эозином).

Опухоль состоит из полиморфных (веретенообразных, пластинчатых и неправильной формы, часто многоядерных) клеток, которые содержат гранулы черно-бурого пигмента (меланина). Ядра клеток

новообразования неправильной формы с грубодисперсным хроматином и крупными ядрышками, видны многочисленные митозы, в том числе и патологические. Неоплазма исходит из базального слоя эпидермиса, инфильтрирует дерму и прилежащие отделы жировой клетчатки. В некоторых случаях возможно внутридермальное распространение бластомы.

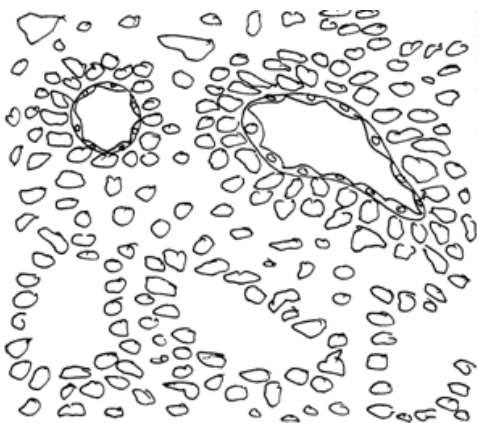


Обозначить:

- 1 - эпидермис;
- 2 - полиморфные опухолевые клетки злокачественной меланомы
- 3 - внутриклеточные скопления пигмента (меланина)

Микропрепарат № 114. Мультиформная глиобластома (окраска по ван Гизон (пикрофуксином)).

Ткань опухоли представлена низкодифференцированными мелкими округлыми или веретенообразными клетками с гиперхромным ядром и многочисленными митозами. Для глиобластомы характерны «псевдорозетки» - очажки коагуляционного некроза, окруженные валом радиально расположенных опухолевых клеток. Также определяется пролиферация эндотелиальных и адвентициальных клеток с формированием сосудистых клубочков.



Обозначить:

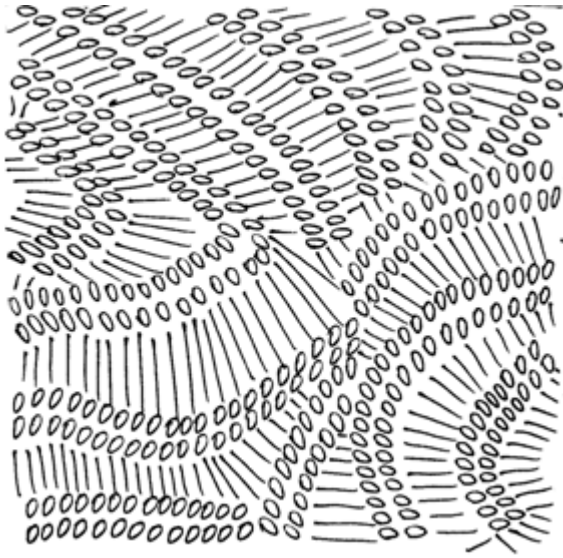
- 1 - сосуды
- 2 - ядра клеток глиобластомы
- 3 - участки некроза
- 4 - волокна нейроглии
- 5 - «псевдорозетки»

Микропрепарат № 107. Невринома (неврилеммома,

шваннома)

(окраска гематоксилином и эозином)

Невринома формируется переплетающимися пучками или тяжами клеток с нечеткими границами слабобазофильной цитоплазмы и овальными или вытянутыми ядрами. Они заключены в нежно-петлистую сеть аргиروفильных волокон с небольшой примесью коллагеновых. Клеточно-волоконистые пучки располагаются беспорядочно или формируют своеобразные ритмические структуры в виде «завихрений», параллельных рядов или «палисадных» структур, сетчатых переплетений, содержащих в петлях аморфную слизистого вида массу. Можно обнаружить тельца Верокаи, представляющие собой извилистые лентовидные образования, состоящие из двух параллельных рядов правильно ориентированных клеток, расположенных в виде частокола. Характерно наличие сосудов, иногда расширенных, нередко с тромбозом просвета, фиброзом и гиалинозом атипично построенных стенок. Встречаются очаги дистрофии и мелкие кисты, выполненные слизисто-подобным веществом.



Обозначить:

- 1 - атипичные опухолевые клетки, создающие ритмичные структуры (тельца Верокаи)
- 2 - петлистая строма
- 3 - сосуды с расширенными просветами

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ОУХОЛИ ИЗ НЕРВНОЙ И МЕЛАНИНОБРАЗУЮЩЕЙ ТКАНИ

Выберите один правильный ответ

1. МЕЛАНОМА КОЖИ РАЗВИВАЕТСЯ НА ОСНОВЕ

1. Внутридермального невуса
2. **Меланоцитарной дисплазии**
3. Пигментного пятна
4. Витилиго
5. Лентиго

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕЛАНОМЫ

1. **Кожа**
2. Глаз
3. Прямая кишка
4. Ротовая полость
5. Легкие

3. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ МЕЛАНОМЫ

1. Злокачественная
2. Метастазирует
3. **Растет экспансивно**
4. Может быть беспигментной
5. Рецидивирует

4. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ НЕВУСА

1. Опухолоподобное образование
2. Опасен при наличии дисплазии
3. **Всегда малигнизируется**
4. Может быть беспигментным
5. Типичная локализация кожи

5. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТИПОВ МЕЛАНОЦИТАРНОЙ

ДИСПЛАЗИИ

1. Атипическая лентигинозная
2. Атипическая «педжетоидного» типа
3. Эпителиоидная

4. Макрофагальная

6. ДЛЯ МЕЛАНОМЫ ТИПА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ЛЕНТИГО НЕ ХАРАКТЕРНО

1. Атипичная лентигинозная меланоцитарная дисплазия
2. Инвазия в сосочковый слой дермы
3. **Эпителиоидная дисплазия**
4. Фаза вертикального роста

7. УЗЛОВАЯ ФОРМА МЕЛАНОМЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У

1. Мужчин

2. Женщин
3. Детей

8. АКРАЛЬНО-ЛЕНТИГИНОЗНАЯ МЕЛАНОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ

1. На коже ладоней, подошв, подногтевом ложе

2. В ротовой полости
3. В легких
4. На коже волосистой части головы

9. ВЫБЕРИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНУЮ СТАДИЮ ИНВАЗИВНОГО РОСТА МЕЛАНОМЫ ПО КЛАРКУ

1. Эпидермальный уровень
2. **Дермальный уровень**
3. Инвазия меланомы в сосочковый слой дермы
4. Сосочково-ретикулярный уровень инвазии дермы, характеризующийся разрастанием опухоли в сосочковом слое, опухолевая инфильтрация достигает ретикулярного слоя, не прорастая в него
5. Прорастание опухоли в ретикулярной слой дермы
6. Опухоль распространяется в подкожный жировой слой

10. ОПУХОЛИ ЦНС ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА

1. Нейроэктодермальные и менингососудистые

2. Пигментные и беспигментные
3. Экзофитные и эндофитные
4. Органоспецифические
5. Местные и генерализованные

11. К ОПУХОЛЯМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

1. Дерматофиброма
2. Шваннома
3. Глиобластома
4. **Ганглионеврома**
5. Десмоид

12. УКАЖИТЕ ОПУХОЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Неврилеммома

2. Астроцитомы
3. Эпиндимомы
4. Ганглионейробластома

13. ОПУХОЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ

1. Параганглиев
2. Симпатогоний

3. Леммоцитов
4. Шванновских клеток
5. **Ганглионейроцитов**

14. КЛЕТКИ ПЕРИЦИТАРНОГО ХАРАКТЕРА МОГУТ БЫТЬ ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ

1. Миосарком
2. Фибросарком
3. Липосарком
4. **Ангиосарком**
5. Синовиальных сарком

15. К НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. **Менингососудистых**
2. Эмбриональных
3. Астроцитарных
4. Нейрональных
5. Олигодендроглиальных

16. ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС МОГУТ БЫТЬ

1. Леммоциты
2. Симпатогонии
3. Клетки нехромаффинных параганглиев
4. **Глиобласты**
5. Меланоциты

17. НАЗОВИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННУЮ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ ЦНС

1. **Эпидимома**
2. Ганглионеврома
3. Хориоидкарцинома
4. Астробластома
5. Медуллобластома

18. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЗРЕЛУЮ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ ЦНС

1. Медуллобластома
2. Астробластома
3. Ганглионейробластома
4. Глиобластома
5. **Астроцитомы**

19. КАКОЙ РАЗЛИЧАЮТ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД АСТРОЦИТОМ

1. Папиллярная
2. **Фибриллярная**
3. Экстрocereбральная и интрацеребральная
4. Интраканаликулярная
5. Пигментная и беспигментная

20. ДЛЯ АСТРОЦИТОМ ХАРАКТЕРНО

1. **Медленный рост**
2. Быстрый рост
3. Вторичные изменения в опухолевом узле
4. Гематогенные метастазы
5. Импантационные метастазы

21. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ

1. Зрелая опухоль

2. **Незрелая опухоль**
 3. Нейроэктодермальная опухоль
 4. Опухоль из меланоцитов
 5. Менингососудистая опухоль
22. ИСТОЧНИКАМИ РАЗВИТИЯ МЕНИНГОСОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. Мягкая мозговая оболочка
 2. Арахноидэндотелия
 3. Менингоэпителия
 4. **Ганглиозных клеток**
 5. Хориодэпителия
23. МЕНИНГОСОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ ДЕЛЯТСЯ НА
1. Фибриллярно - протоплазматические
 2. Фибриллярные
 3. Интра – и периканалликулярные
 4. **Доброкачественные и злокачественные**
 5. Протоплазматические
24. К МЕНИНГОСОСУДИСТЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. Арахноидэндотелиома
 2. Менингиальная саркома
 3. **Глиобластома**
 4. Менингиома
25. ГАНГЛИОНЕЙРОЦИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ
1. **Ганглиоцитомы**
 2. Хориодкарциномы
 3. Нейробластомы
 4. Шванномы
26. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩУЮ ФОРМУ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА
1. Первичную
 2. Вторичную
 3. Доброкачественную и злокачественную
 4. **Периферическую**
27. В ЦИТОПЛАЗМЕ КЛЕТОК МЕЛАНОМЫ НАКАПЛИВАЕТСЯ ПИГМЕНТ
1. Гемосидерин
 2. Формалиновый пигмент
 3. Липопигмент
 4. **Меланин**
 5. Гемомеланин

3) Решить предложенные ситуационные задачи

Задача №50.

Мальчик трех лет умер в онкологическом отделении. Во время болезни у ребенка наблюдались неустойчивая походка и трясущиеся движения конечностей, недержание мочи и кала. Два года назад была проведена операция по удалению новообразования в мозге (червь мозжечка, субтотальная резекция). При вскрытии кора и белое вещество полушарий большого мозга истончены. Желудочки мозга расширены. По ходу циркуляции цереброспинальной жидкости обнаружены разросшаяся глиозная ткань, утолщение и сращение мозговых оболочек. Объем ликвора в вентрикулярном пространстве аномально повышен. В головном мозге обнаружено узловое образование в задней черепной ямке в области средней линии мозжечка. Макроскопически опухоль представляет собой мягкий узел серовато-розового цвета, без четких границ, диаметром 3 см.

Микроскопически образование состоит из густо расположенных низкодифференцированных клеток, образующих своеобразные структуры в виде правильных и беспорядочных рядов, которые сравнивают с «грядами» или «колоннами». Также диагностируются структуры в виде «розеток», образованных кольцевидно расположенными опухолевыми клетками, отростки которых сходятся в центре розетки. Много митозов. Наряду с гиперхромными, округлыми ядрами в клетках встречаются овальные и вытянуто-овальные, удлинённые, а также более крупные светлые ядра с четким ядрышком. Строма опухоли содержит небольшое количество мелких, тонкостенных сосудов. Рост новообразования инфильтративный с прорастанием прилежащей ткани и мягкой оболочки мозга.

1. Какой вид опухоли?

Задача №49.

При вскрытии женщины 22 лет в головном мозге обнаружено опухолевидное образование в области дна III желудочка. Макроскопически опухоль представлена узлом округлой формы, диаметром 3 см, плотно-эластической консистенции с нечетко выраженной границей. На разрезе ткань опухоли белесовато-серого цвета, волокнистого вида. Микроскопия: образование состоит из компактно расположенных клеток с округлыми, крупными ядрами и хорошо заметным ядрышком. Часть клеток имеет эозинофильную цитоплазму. Местами выявляются участки ячеистого строения, состоящие из клеток со светлой, оптически пустой цитоплазмой. Скопления клеток разделены полосками нейропиля. Богато васкуляризированы, выявляются фигуры митоза. Ганглиозные клетки опухоли расположены беспорядочно, они различной величины, неправильной формы. Тигроидное вещество распределено по всей клетке, в некоторых клетках не определяется.

1. Какой вид опухоли?

№48.

Больная О., 38 лет обратилась к врачу по поводу интенсивных головных болей, более выраженных по утрам, головокружений, тошноты. У женщины наблюдалась неустойчивость при проведении пробы Ромберга. Также предъявляла жалобы на частый подъем артериального давления до 140/100 мм.рт.ст. При проведении КТ головного мозга в обоих полушариях мозжечка обнаружены множественные - 10 узлов, плотной консистенции, без четких границ, размерами 0,5-2 см. Общий анализ мочи в норме. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез = 2000мл, плотность мочи = 1,022. Анализ мочи по Нечипоренко: содержание лейкоцитов 3 в поле зрения, эритроцитов 1 в поле зрения, цилиндров – 10 в 1 мл. Из анамнеза: 2 года назад проведена мастэктомия по поводу рака молочной железы.

1. Какой диагноз?

4) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: глиома, глиобластома, астроцитомы, астробластома, олигодендроглиома, олигодендроглиобластома, эпендимомы, ганглионевромы, нейробластома, седуллобластома, менингиома, псаммомные тельца, парагангиома, симпатобластома, невриммома, нейрофиброма, тератома, тератобластома, невус, меланома.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л.,	2008	3	ЭБ

		Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа		Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.7. Патологическая анатомия болезней лимфатической и кроветворной систем.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить морфологию основных заболеваний системы крови, разобраться в сущности процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфомах. Отметить цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкоэмических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных.

Задачи: Рассмотреть сущность процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфомагранулоцитозах, алейкии, острые и хронические лейкозы, неходжкинские злокачественные лимфомы, анемии. Обучить различать по морфологической картине цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкоэмических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией системы крови.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание макропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

7. Значение системы крови для жизнедеятельности.
8. Классификация болезней крови.
9. Определение, этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при анемиях.
10. Этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы),

осложнения, исходы и причины смерти при лейкозах.

11. Определение, этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при неходжкинских злокачественных лимфомах.

12. Понятие о геморрагических диатезах. Этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина, осложнения, исходы и причины смерти при тромбоцитопениях и тромбоцитопатиях.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 122. Селезёнка при миелолейкозе.

Селезёнка увеличена в размерах, плотной консистенции, капсула гладкая. Поверхность органа синюшная, на ней определяются борозды (рубцы), появляющиеся после инфарктов, обусловленных опухолевыми эмболами. На разрезе орган красно-коричневого цвета, даёт обильный густой соскоб пульпы на ноже. Увеличение размеров селезёнки связано с пролиферацией опухолевых клеток, ростом и утолщением селезёночных тяжей и пролиферацией стромальных элементов.

Подобные изменения селезёнки характерны для миелолейкозов. Среди осложнений можно выделить надрывы, разрывы капсулы селезёнки с профузными смертельными внутренними кровотечениями.

Макропрепарат № 123. Почка при хроническом миелолейкозе.

Почка увеличена, поверхность гладкая, капсула снимается легко. С поверхности и на разрезе орган имеет розовый цвет с серым крапом. Граница коркового и мозгового слоёв стёртая. Инфильтрация опухолевыми клетками более выражена в корковом слое и менее в мозговом, который становится более полнокровным.

Процесс двухсторонний. Замещение почечной паренхимы опухолевыми депозитами приводит к прогрессии почечной недостаточности.

Макропрепарат № 124. Некротическая ангина при агранулоцитозе.

Препарат состоит из гортаноглотки с языком. На нёбных миндалинах диагностируются два глубоких язвенных дефекта с неровными краями, дно их покрыто некротическими массами. Окружающие ткани полнокровные, резко отёчные.

Агранулоцитоз обуславливает снижение неспецифического иммунитета, что способствует развитию неспецифического воспаления с исходом в некроз.

Макропрепарат № 121. Лимфоузлы при лимфоме Ходжкина.

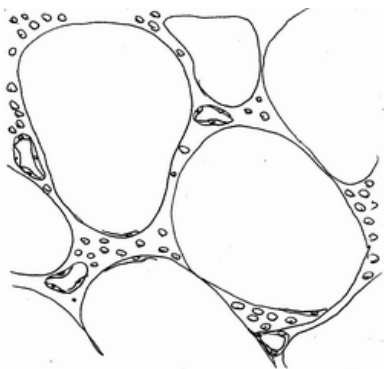
Опухолевый конгломерат представлен резко увеличенными (до 5 см), плотными, спаянными между собой и окружающими тканями, не смещаемыми лимфатическими узлами. На разрезе они белые, капсула их не контурируется за счёт прорастания опухоли.

Подобные изменения в лимфатических узлах констатируются при гемобластозах и лимфомах (ходжкинских и неходжкинских). Лимфомы и лейкозы протекают с явлениями иммунодефицита.

2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 224. Апластический костный мозг. (окраска гематоксилином и эозином)

В трепанобиоптате губчатой кости при микроскопии встречаются костные балки розового цвета и очажки кроветворения. Основная часть препарата представлена жёлтым костным мозгом в виде крупных жировых капель (при стандартной парафиновой проводке имеют вид округлых светооптических пустот).



Обозначить:

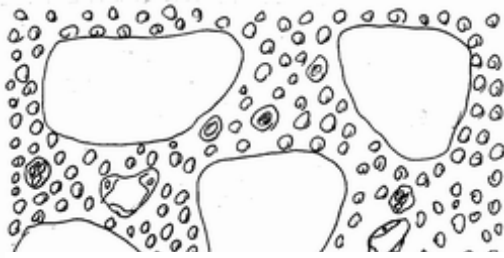
1 – костные балки;

2 – мелкие очаги кроветворения;

3 – жёлтый костный мозг;

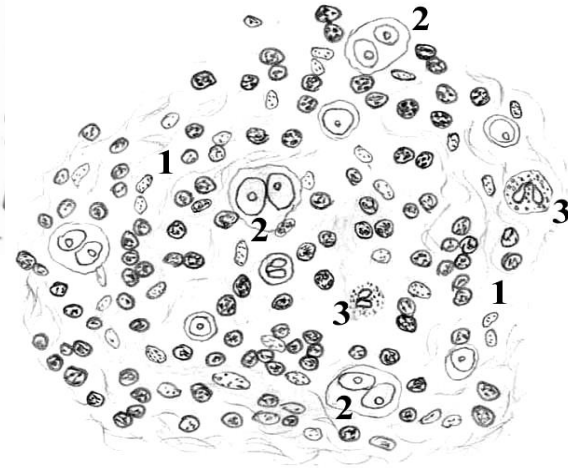
Микропрепарат № 179. Костный мозг при миелолейкозе. (окраска азуром II – эозином)

Клеточность красного костного мозга значительно повышена за счёт выраженной пролиферации клеток миелоидного ростка, одновременно верифицируются крупные резко базофильные бластные клетки с крупными овальными ядрами, количество которых не превышает $\frac{1}{3}$ клеточного пула. Среди опухолевых клеток выявляются все переходные формы, а также зрелые клеточные элементы. Клетки моно- и эритропоэза единичные.



Обозначить:

- 1 – миелобласты;
- 2 – сегментоядерные нейтрофилы;
- 3 – остатки жёлтого костного мозга (имеют вид пустот).



Микропрепарат № 90. Лимфатический узел при лимфоме Ходжкина (смешанноклеточный вариант). (окраска гематоксилином и эозином)

Признаков нормального строения лимфатического узла не обнаруживается.

Опухолевая ткань богата клеточными элементами, однако менее интенсивно окрашивается гематоксилином, чем нормальная лимфоидная ткань. Величина неопластических клеток различна, более крупные многоядерные клетки Рид – Березовского – Штенберга как бы разбросаны между остальными. Численно преобладают лимфоциты и клетки Ходжкина, которые обычно лежат

кучками или в виде цугов и легко узнаются по бледно окрашенным ядрам.

Обозначить:

- 1 – многоядерные клетки Штенберга;
- 2 – клетки Ходжкина;
- 3 – лимфоциты;

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Выберите один правильный вариант ответа.

5. САМЫЙ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ВАРИАНТ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

5. **Вариант с преобладанием лимфоидной ткани**

6. Нодулярный склероз

7. Смешанно-клеточный вариант

8. С подавлением лимфоидной ткани

6. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ВАРИАНТ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

5. Вариант с преобладанием лимфоидной ткани

6. Нодулярный склероз

7. Смешанно-клеточный вариант

8. **С подавлением лимфоидной ткани**

7. В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

5. Клетки Пирогова – Лангханса

6. Клетки Маршалко – Унны

7. **Клетки Березовского – Штенберга**

8. Клетки Вирхова

8. МАКРОЦИТОЗ, ЭРИТРОЦИТЫ С ТЕЛЬЦАМИ ЖОЛЛИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, ГИПЕРСЕГМЕНТАЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ

23. **Мегалобластной**

24. Гемолитической
25. Железодефицитной
26. Постгеморрагической
27. ПРИЧИНАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 5. Гемосидероз печени**
6. Отравления соединениями свинца
7. Введением пенициллина
8. Сфероцитозом
28. ПРИЗНАКОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
6. Снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
7. Увеличение размеров эритроцитов
8. Гиперхромия эритроцитов
- 9. Резкое уменьшение гемосидерина в костном мозге**
10. Дефицит фолиевой кислоты
29. ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ
6. Панцитопения
- 7. Увеличение числа ретикулоцитов**
8. Склонность к кровотечениям
9. Редукция гемопоза
10. Склонность к инфекциям
30. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ
6. «Пиоидного» костного мозга
- 7. Гиперспленизма**
8. Умеренной гепатомегалии
9. «Лейкемического» провала в формуле крови
10. Язвенно-некротического изменения в желудке
31. ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО МОНОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 6. Гиперплазия десен с язвованием**
7. Редукция гемопоза
8. Лейкемоидная реакция
9. Гемосидероз селезенки
10. Гипертрофия миокарда левого желудочка
32. К ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
6. Хронического миелолейкоза
7. Миелофиброза
8. Истинной полицитемии
9. Миеломной болезни
- 10. Эссенциальной тромбоцитопении**
33. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ИМЕЮТ КЛЕТКИ
6. Клетки Пирогова – Лангханса
7. Клетки Микулича
- 8. Клетки Березовского – Штенберга**
9. Клетки Уортина
10. Клетки Аничкова
34. У БОЛЬНОГО 80 ЛЕТ В КРОВИ ЛЕЙКОЦИТОЗ 90×10^9 (80 % КОТОРОГО ЗРЕЛЫЕ ЛИМФОЦИТЫ), ТРОМБОЦИТОЗ; ИМЕЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ВИДЕ ПАКЕТОВ. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
5. Хронический лимфобластный лейкоз
6. Острый лимфобластный лейкоз
- 7. Лимфома Ходжкина**
8. Миеломная болезнь

35. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУНКТАТА УЧАСТКА ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК, С ШИК- ПОЗИТИВНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
6. Хронического воспаления костного мозга
 7. Кардиомиопатии
 8. Гаммаглобулинемии
 - 9. Миеломы Бенс-Джонса**
 10. Истинная полицитемия
36. К ВАРИАНТАМ «КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА» ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
6. Нодулярного склероза
 7. Смешанно – клеточного
 8. С большим количеством лимфоцитов
 9. С лимфоидным истощением
 - 10. Гиперплазии паракортикальной зоны лимфоузлов**
37. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
6. Алкоголизме
 7. Глютеновой энтеропатии
 8. Болезни Крона
 9. Операциях на желудочно – кишечном тракте
 - 10. массивной кровопотере**
38. ВТОРИЧНЫЕ ЭРИТРОЦИТОЗЫ (ПОЛИЦЕТЕМИИ) ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
5. Проживание в высокогорье
 6. Сердечно – сосудистая недостаточность
 - 7. Беременность**
 8. Легочная недостаточность
39. ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В₁₂ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
5. Аутоиммунного гастрита
 6. Хронического колита
 7. Резекции желудка
 - 8. Гиперспленизма**
40. ПРИЗНАКОМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 4. Повреждение миелиновой оболочки аксонов**
 5. Очаговые некрозы продолговатого мозга
 6. Миелофиброз
41. БЛАСТНЫЙ КРИЗ ВОЗМОЖЕН ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
- 6. Истинной полицитемии**
 7. Хронического миелоидного лейкоза
 8. Хронического лимфоидного лейкоза
 9. Лимфомы Ходжкина
 10. Миелофиброза
42. К В – КЛЕТОЧНЫМ ЛИМФОМАМ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
5. Плазмоцитомы
 6. Фолликулярной лимфомы
 7. Лимфомы Беркитта
 - 8. Грибовидного микоза**
43. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ВЗРОСЛЫХ
- 6. Лимфатические узлы шеи**
 7. Лимфатические узлы брюшной полости
 8. Селезенка
 9. Костный мозг
 10. Паховые лимфатические узлы
44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ Т – ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛИМФОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 5. Шея**
6. Паховая область

7. Забрюшинное пространство
8. Селезенка

3) Решить ситуационные задачи

Задача №2.

У больного обнаружено увеличение подмышечных лимфоузлов. Остальные лимфоузлы и внутренние органы не изменены. Общий анализ периферической крови в пределах нормы. При гистологическом изучении биоптата лимфоузла выявлено стирание его рисунка, отсутствие фолликулов, однообразный клеточный состав, представленный лимфобластами. Клетки прорастают капсулу лимфоузла.

1. Какой можно поставить диагноз?

Задача №4.

У больного некротический гингивит, тонзиллит, на коже множественные кровоизлияния. В периферической крови $150 \cdot 10^9/\text{литр}$ лейкоцитов, среди которых 90% составляют незрелые клетки, не поддающиеся иммуногистохимической идентификации.

3. О каком заболевании идёт речь?
4. Каков генез вышеуказанных симптомов?

Задача №12

Больной страдал хроническим миелоидным лейкозом с выраженной анемией (Hb до 70 г/л). Тоны сердца были приглушены, границы сердечной тупости расширены влево. Смерть наступила от сердечной недостаточности.

6. Какая дистрофия развилась в миокарде как морфологический субстрат декомпенсации сердца?
7. Каков морфогенетический механизм её развития?
8. Какие изменения сердца обнаружены на вскрытии (его образное название)?
9. Каковы микроскопические изменения мышечных клеток?
10. Какой окраской нужно пользоваться для определения этих изменений?

Задача №15.

У больного на шее обнаружен пакет спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов плотной консистенции. При гистологическом исследовании биоптатов лимфоузла шеи отмечается пролиферация ретикулярных клеток, клеток Рид-Березовского-Штернберга, эозинофилов, плазмочитов и лимфоцитов, а также участки склероза и некроза.

3. О каком заболевании идёт речь?
4. Назовите гистологический вариант этого заболевания?

4) Дать определение ТЕРМИНАМ: анемия, истинная полицитемия (эритремия), эритроцитопатия, гемоглобинопатия, лейкоцитоз, лейкопения, гемобластоз, тромбоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопатия, гиперпротеинемия, гипопропротеинемия, пунктат костного мозга, трепанобиопсия, пойкилоцитоз, анизоцитоз, гипохромия, гиперхромия, тельца Жолли, эритробластический эритропоэз, нормобластический эритропоэз, мегалобластический эритропоэз, гемолиз, железodefицитная анемия, В-12 -фолиево- дефицитная анемия, ахристические анемии, постгеморрагическая анемия, пернициозная анемия, параамилоидоз, остеолитический остеопороз, синдром повышенной вязкости, парапротеинемическая кома, острые лейкозы, лейкемические инфильтраты, бластемия, бластные клетки, лейкемический провал, некротическая ангина, геморрагический синдром, хлоролейкоз, пиоидный костный мозг, лейкозный пневмонит, лейкозный менингит, нейролейкоз, парапротеинемические лейкозы, врожденный лейкоз, цитостатическая болезнь, хронические лейкозы, моноклоновая стадия хронического лейкоза, поликлоновая стадия хронического лейкоза, бласттрансформация хронического лейкоза, аутоинфекция, остеомиелосклероз, миелофиброз, лейкозные тромбы, лейкозные стазы, клетки Сезари, парапротеины, парапротеинемический нефроз, параамилоидоз, остеолитический остеопороз, синдром повышенной вязкости, парапротеинемическая кома, первичная макроглобулинемия, болезнь тяжелых цепей, гистиоцитоз Х, клинико-гематологическая ремиссия, неходжкинские злокачественные лимфомы, грибовидный микоз, болезнь Ходжкина, малая клетка Ходжкина, большая клетка Ходжкина, гигантская клетка Рид-Березовского-Штенберга.

Рекомендуемая литература:**Основная литература:**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.**Тема 3.8. Диффузные заболевания соединительной ткани.**

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Усвоить макро- и микроскопические изменения органов при ревматических болезнях, классификацию и осложнения этих заболеваний. Изучить субстрат, осложнения, исходы, классификацию основных форм ревматизма, ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии, болезни Бехтерева, узелковый полиартериита, синдрома Шегрена, гранулематоза Вегенера, болезни Такаюсу, полиартериита с поражением легких Черджа-Стросса, слизисто-кожный лимфодулярный синдром Кавасаки. Дать понятие о патологической анатомии дермато- и полимиозита. Усвоить патоморфологическую основу приобретённых пороков сердца.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия ревматических заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы: термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы: Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией сердца и сосудов.

Обучающийся должен уметь

Работать с микроскопом. Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание макропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Знать определение «ревматизм».
2. Пато - и морфогенез ревматизма.
3. Морфологическая характеристика отдельных клинико-морфологических форм ревматизма.
4. Осложнения и исходы ревматизма.
5. Знать определение понятия «пороки сердца».
6. Дать классификацию пороков сердца.
7. Выяснить этиологию возникновения пороков сердца.
8. Морфологические проявления пороков сердца.
9. Знать определение «ревматические болезни».
10. Классификация ревматических болезней.
11. Морфологическая характеристика заболеваний.
12. Осложнения и исходы этих заболеваний.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат №32. Фибринозный перикардит («волосатое сердце»).

Сердце обычных размеров и формы. Эпикард утолщен, тусклый, покрыт серовато-белыми, шероховатыми наложениями в виде нитей, которые напоминают волосистой покров («волосатое сердце»). Они легко снимаются без образования дефектов. Фибринозный перикардит как самостоятельное заболевание не встречается, а всегда рассматривается как одно из проявлений другого заболевания. Данный процесс встречается при уремии, системных поражениях соединительной ткани, трансмуральных и субэпикардиальных инфарктах миокарда. В исходе фибрин подвергается организации (адгезивный перикардит) с дальнейшей петрификацией («панцирное или каменное сердце») и иногда с оссификацией.

Макропрепарат № 39. Постревматический (миокардитический) кардиосклероз.

Сердце обычных размеров и формы. Миокард плотный, красно-коричневый с множественными мелкими нитевидными рассеянными рубчиками от бледно-сероватых до почти белых, не превышающих 2-3 мм в длину, не имеющими связи с сосудистой стенкой, которые являются, чаще всего, исходом ревматического узелкового миокардита. Полости сердца не изменены. Такой «неангиокардиогенный» вариант мелкоочагового склероза миокарда Гаррисон назвал «синильной болезнью сердца». Осложнения связаны со склеротическим поражением проводящей системы сердца, что проявляется нарушениями ритма и проводимости.

Макропрепарат № 76. Ревматический понок митрального клапана.

Сердце увеличено в размерах, митральной конфигурации. Толщина миокарда левых предсердия и желудочка превышает норму в 1,5 раза. Сердечная мышца плотной консистенции, на разрезе коричневого цвета. Левые камеры сердца расширены, пристеночный эндокард визуально не изменён. Хорды митрального клапана укорочены, утолщены, срастаются между собой, приводя к тугоподвижности створок клапана. Створки митрального клапана утолщены, деформированы. По линии смыкания клапанных створок определяются наложения фибрина, которые довольно быстро приобретают вид мелких серовато-красных бородавочек размером до 1-3 мм. Левое атриовентрикулярное отверстие сужено, приобретает щелевидную форму или, образно, форму «рыбьего рта». Ведущей причиной развития бородавчатого эндокардита является ревматизм. Возвратно-бородавчатый эндокардит рассматривается как обострение заболевания и развивается на ранее поражённом клапане. Среди осложнений доминирует тромбоэмболический синдром. Основной причиной смерти является нарастающая лёгочно-сердечная недостаточность, обусловленная приобретённым пороком сердца, и инфаркты.

Макропрепарат № 74. Возвратно-бородавчатый эндокардит с шаровидным тромбом.

Полость левого предсердия заполнена шаровидным тромбом белого цвета, плотной консистенции, диаметром 2 см. Причиной тромбообразования послужило сочетание застоя крови вследствие стеноза митрального клапана с фибринозным возвратным ревматическим воспалением эндокарда. Тромб не представляет опасности для развития тромбоэмболического синдрома, однако обуславливает резко выраженные гемодинамические нарушения в сердечном кровотоке.

Макропрепарат № 143. Сложный (комбинированный, сочетанный) порок сердца при ревматизме (стеноз аортального и недостаточность митрального клапанов).

Сердце увеличено в размерах, приобретает округлую форму, плотной консистенции. Эпикард гладкий, блестящий. Видимых изменений со стороны коронарных сосудов нет. Миокард левых отделов сердца утолщен, коричневого цвета, однородный. Полости левого сердца незначительно расширены. Отверстие аортального

клапана сужено в результате утолщения и уплотнения створок, которые имеют костную плотность. Створки сросшиеся между собой, неподвижны, что характерно для стеноза аортального клапана. Створки митрального клапана чистые, деформированы, уплотнены, серого цвета. Хордальные нити резко укорочены, утолщены, не позволяют створкам клапана смыкаться. За счёт этого обеспечивается регургитация крови из левого желудочка в систолу. Недостаточность митрального клапана наиболее часто формируется в исходе фибропластического варианта ревматического эндокардита. Осложнения и причины смерти связаны с нарастающими явлениями сердечной недостаточности.

Макропрепарат № 75. Декомпенсированный порок сердца с искусственными клапанами.

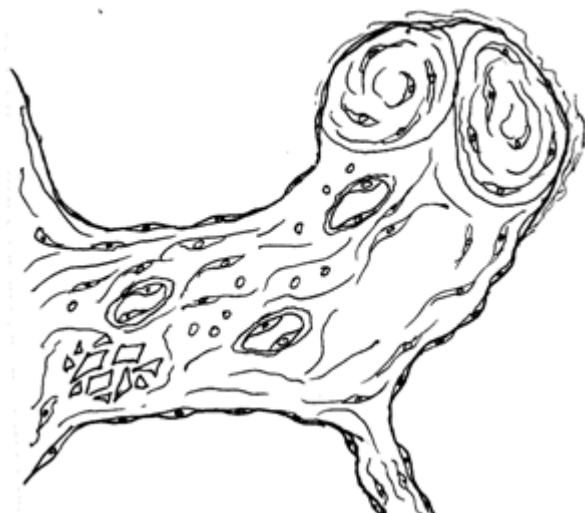
Сердце в размерах значительно увеличено, форма не изменена, масса достигает 800-1000 г, На разрезе миокард всех отделов сердца утолщен в среднем в полтора раза, желто-коричневого цвета, однородный. Камеры сердца резко расширены, пристеночный эндокард без видимых изменений. Митральный и аортальный клапаны отсутствуют, замещены протезами I поколения, на дужках которых определяются наложения фибрина в виде нитей, что свидетельствует об активности воспалительного процесса. Протезирование клапанов было проведено из-за сочетанного декомпенсированного порока сердца у больного с ревматизмом. При условии сохранения активности воспаления в эндокарде. Возможно отторжение трансплантата. Причиной смерти зачастую становится хроническая сердечная недостаточность.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 148. Возвратно-бородавчатый (веррукозный) эндокардит.

(окраска гематоксилином и эозином)

На поверхности клапана по линии замыкания створки определяются мелкие бугристые тромботические отложения в виде ряда, параллельно свободному краю клапана. Расположенные в поверхностном соединительнотканном слое клапана волокна, набухшие, слабо воспринимают красители, их очертания неясные. Наблюдаются нити фибрина. Местные соединительнотканые клетки увеличиваются в размерах и округляются, их число растет, они располагаются по направлению поверхности клапана. В дальнейшем архитектура клеток становится беспорядочной, и они постепенно проникают в тромботические наслоения, замещая их. Возрастает число фибробластов и увеличивается количество волокон. Из основания клапана вырастают новообразованные капилляры. Соединительная ткань подвергается гиалиновому перерождению. В измененном клапане может выпасть известь.

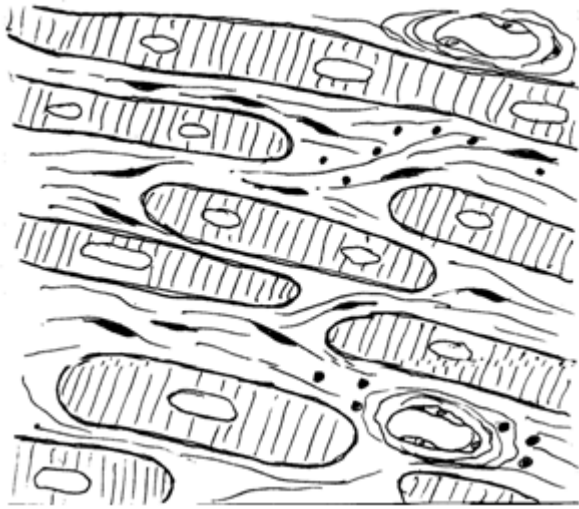


Обозначить:

- 1 - тромботические наложения на створке клапана;
- 2 - разрастания соединительной ткани;
- 3 - отложения извести (тёмно-синего цвета);
- 4 - отложения гиалина гомогенного розового цвета.

Микропрепарат № 150. Постревматический(миокардитический) кардиосклероз. (окраска пикрофуксином по ван Гизон)

Соединительная ткань красная, ясно отграничивается от мышечной, окрашенной в желтый цвет. Рубцовые участки ветвистые и внедряются в волокна миокарда в виде узких полос, раздвигающих мышечные элементы. Кардиомиоциты, расположенные по краю соединительнотканых волокон, гипертрофированы, их ядра резко увеличены, окрашены в чёрный цвет. В дальнейшем, из-за фиброза в сердце наступает нарушение трофики миокарда, снижение степени васкуляризации и возбудимости, как следствие склероза - атрофии кардиомиоцитов. Воспалительная реакция скудная, представлена лимфоцитами.

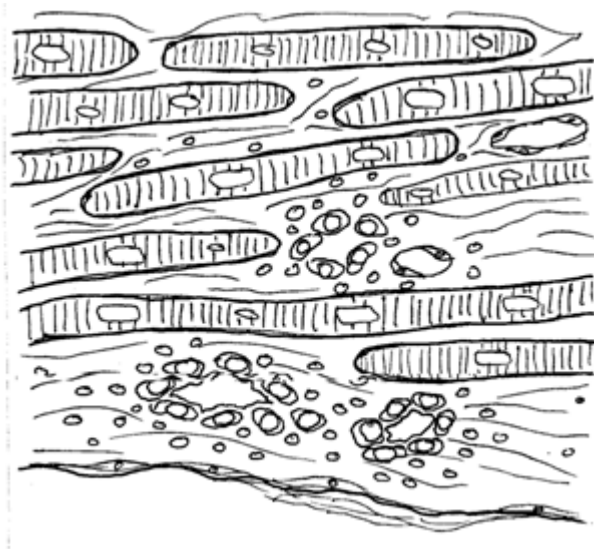


Обозначить:

- 1 - рубцовая ткань (красного цвета);
- 2 - соединительнотканые тяжи, раздвигающие волокна миокарда;
- 3 - атрофированные кардиомиоциты жёлтого цвета.

Микропрепарат № 149. Ревматический миокардит (окраска гематоксилином и эозином).

Гранулематозные узелки располагаются в соединительнотканых прослойках, в непосредственной близости от проходящих здесь кровеносных сосудов. Альтеративные явления со стороны мышечной ткани выражены слабо и обнаруживаются вблизи узелков путем исчезновения исчерченности и набухания, реже в виде распада волокон. Межуточная ткань окрашивается гематоксилином (базофилия), волокна набухают, очертания их становятся неясными, обильно инфильтрированы лимфоцитами. Узелки (гранулёмы Ашоффа-Талалаева) образуются крупными соединительноткаными клетками с круглыми или овальными ядрами. Некоторые из них содержат по несколько ядер и приобретают более крупные размеры. Расположение клеток очень тесное, по периферии гранулём располагаются лимфоциты, среди которых встречаются единичные эозинофильные лейкоциты.



Обозначить:

- 1 - гранулёма Ашоффа-Талалаева;
- 2 - участки фибриноидного некроза соединительной ткани;
- 3 - инфильтрация стромы лимфоцитами;
- 4 - сосуды вблизи узелков;
- 5 - повреждение (распад) кардиомиоцитов в непосредственной близости от гранулём.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Выберите один правильный ответ

1. К БОЛЕЗНЯМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ГРУППЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ
 1. Туберкулез
 2. Склеродермия
 3. Атеросклероз

4. Амилоидоз
5. Артроз
2. ПРИЗНАКОМ, ОБЪЕДИНЯЮЩИМ РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Кахексия
 2. Тромбоэмболия
 3. Геморрагический синдром
 4. **Прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани**
 5. Поражение почек
3. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ЯВЛЯЮТСЯ
 1. Склероз и петрификация
 2. Амилоидоз и гиалиноз
 3. **Мукоидное набухание**
 4. Гнойная инфильтрация
 5. Кальциноз и ослизнение
4. НА АКТИВНОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА УКАЗЫВАЕТ
 1. Недостаточность трехстворчатого клапана
 2. Сращение заслонок аортального клапана
 3. Стеноз митрального клапана
 4. Периваскулярный склероз
 5. **Периваскулярное фибриноидное набухание**
5. КОЛЛАГЕН ОКРАШИВАЕТСЯ В ГОЛУБОЙ ЦВЕТ, КОГДА ЕГО ВЫЯВЛЯЮТ
 1. Окраской по Футу
 2. Поляризационным методом
 3. **Окраской по Маллори**
 4. Окраской пикрофуксином
 5. Ни одним из перечисленных методов
6. ПРИЗНАКОМ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Недостаточность аортального клапана
 2. Стеноз аортального клапана
 3. **Гранулема Ашоффа - Талалаева**
 4. Укорачивание и утолщение хорд
 5. Периваскулярный кардиосклероз
7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РЕВМАТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Полиартритическая
 2. Нодозная
 3. **Кардиоваскулярная**
 4. Церебральная
 5. Смешанная
8. В РАННЕЙ СТАДИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
 1. Фибриноидное набухание
 2. **Гигантоклеточная реакция**
 3. Фиброз
 4. Эозинофильный инфильтрат
 5. Ишемический некроз
9. К ИЗМЕНЕНИЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА, ОТНОСИТСЯ
 1. Амилоидоз
 2. **Мукоидное набухание**
 3. Малокровие сосудов
 4. Гиалиноз
 5. Склероз
10. ЭНДОКАРДИТ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ФОРМЕ
 1. Полипозно-язвенного
 2. **Диффузного вальвулита**
 3. Острого язвенного

4. Кальцифицирующего
5. Дистрофического
11. ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКАРДА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
 1. Изъязвлением клапанов
 2. Тромботическими наложениями на некротизированные клапаны с бактериями
 3. **Тромботическими наложениями на тонких створках клапана**
 4. Пороком сердца
 5. Полипозно-язвенным эндокардитом
12. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БОРОДАВЧАТОГО ЭНДОКАРДИТА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ БЫТЬ
 1. Инфаркт легкого
 2. Тромбоэмболия легочной артерии
 3. Абсцесс мозга
 4. **Инфаркт в почках**
 5. Миокардит
13. ОСЛОЖНЕНИЕМ ВОЗВРАТНО-БОРОДАВЧАТОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. **Инфаркты в органах большого круга кровообращения**
 2. Кахексия
 3. Абсцесс мозга
 4. Перикардит
 5. Тромбоэмболия легочной артерии
14. ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДОМ РЕВМАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Порок сердца
 2. **Кардиосклероз**
 3. Бурая атрофия сердца
 4. Облитерация полости перикарда
 5. Ожирение сердца
15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ МИОКАРДИТА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Продуктивный очаговый
 2. **Диффузный межсусточный экссудативный**
 3. Гранулематозный
 4. Некротический
 5. Диффузный продуктивный
16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ
 1. Аортальный клапан сердца
 2. **Митральный клапан сердца**
 3. Трикуспидальный клапан сердца
 4. Клапаны легочной артерии
 5. Все четыре клапана
17. ОБРАЗНЫМ НАЗВАНИЕМ СЕРДЦА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Легочное сердце
 2. "Бычье" сердце
 3. "Тигровое" сердце
 4. **"Волосатое" сердце**
 5. Панцирное сердце
18. ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ВЗРОСЛЫХ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ
 1. Экссудативный диффузный миокардит
 2. Диффузный продуктивный миокардит
 3. **Узелково-продуктивный миокардит**
 4. Гнойный миокардит
 5. Некротический миокардит
19. ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Амилоидоз
 2. Липоидоз
 3. Атеросклероз

4. Атрофия
5. **Мукоидное набухание**
20. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВОЗВРАТНО-БОРОДАВЧАТОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Склероз створок и изъязвление их
 2. Перфорация створок клапана
 3. Периваскулярный кардиосклероз
 4. **Склероз створок с тромботическими наложениями**
 5. Обызвествление и гиалиноз створок
21. ОСЛОЖНЕНИЕМ РЕВМАТИЧЕСКОГО ВОЗВРАТНО-БОРОДАВЧАТОГО ЭНДОКАРДИТА МОЖЕТ БЫТЬ
 1. Гнойный менингит
 2. Медиастинит
 3. **Инфаркт селезенки**
 4. Тромбоз вен
 5. Инфаркт легкого
22. ИСХОДОМ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА МОЖЕТ БЫТЬ
 1. Изъязвление клапана
 2. Фибриноидный некроз
 3. Мукоидное набухание
 4. Кардиосклероз
 5. **Порок сердца**
23. РЕВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРИКАРДИТ МОЖЕТ БЫТЬ
 1. Гнойным
 2. Геморрагическим
 3. **Фибринозным**
 4. Гнилостным
 5. Катаральным
24. ИЗМЕНЕНИЯ СТОРОК ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ОСТРОМ БОРОДАВЧАТОМ ЭНДОКАРДИТЕ БЫВАЮТ В ВИДЕ
 1. Изъязвления клапанов с тромботическими наложениями на них
 2. **Тромботические наложения на тонких створках**
 3. Склероз и деформация створок
 4. Перфорация створок
 5. Гиалиноз створок
25. ДЛЯ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО
 1. Артроз
 2. Обызвествление
 3. Разрастание грануляционной ткани
 4. **Фиброзно-костный анкилоз**
 5. Фибриноидное набухание ворсин
26. К ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ
 1. Эндомиокардит
 2. **Амилоидоз**
 3. Порок сердца
 4. Мукоидное набухание
 5. Абсцесс мозга
27. ИСХОДОМ ИЗМЕНЕНИЙ В СВЯЗОЧНОМ АППАРАТЕ ПОЗВОНОЧНИКА И МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Мукоидное набухание
 2. Изъязвление
 3. Гранулематоз
 4. **Обызвествление, окостенение**
 5. Разрастание грануляционной ткани
28. К ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ ОТНОСИТСЯ
 1. Артериолосклероз
 2. Атеросклероз

3. Фибриноидный некроз
4. **Деструктивно-пролиферативный васкулит**
5. Амилоидоз
29. ИСХОДОМ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Мукоидное набухание
 2. Липоидоз
 3. **Склероз**
 4. Атеросклероз
 5. Атероматоз
30. ФЕНОМЕН "ПРОВОЛОЧНЫХ ПЕТЕЛЬ" В ПОЧКАХ РАЗВИВАЕТСЯ
 1. При ревматизме
 2. **При системной красной волчанке**
 3. При атеросклерозе
 4. При ревматоидном артрите
 5. При склеродермии
31. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭНДОКАРДА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ОТНОСЯТСЯ
 1. Возвратно-бородавчатый эндокардит
 2. Диффузный эндокардит
 3. Фибропластический эндокардит
 4. **Абактериальный бородавчатый эндокардит**
 5. Полипозно-язвенный эндокардит
32. ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Гиалиноз стромы
 2. Амилоидоз клубочков
 3. **Фибриноидный некроз капилляров клубочков**
 4. Гломерулосклероз
 5. Малокровие клубочков
33. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ МОЖЕТ БЫТЬ
 1. Инфаркт легкого
 2. Гнойный менингит
 3. Артроз
 4. **Сепсис**
 5. Медиастинит
34. ИЗМЕНЕНИЯ В КОЖЕ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ
 1. **Гиалиноза**
 2. Обызвествления
 3. Дерматита
 4. Нагноения
 5. Липоидоза
35. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТСЯ
 1. Возвратно-бородавчатый эндокардит
 2. Фибриноидный некроз и гранулематоз
 3. **Мукоидное набухание и фиброз**
 4. Узелковый миокардит
 5. Диффузный экссудативный миокардит

3) Решить ситуационные задачи:

Задача №18.

У больной с деформацией мелких суставов кистей и стоп развилась картина хронической почечной недостаточности, вследствие которой наступила смерть.

1. Каким заболеванием страдала больная?
2. Какой процесс в почках обусловил развитие почечной недостаточности?
3. Что можно обнаружить в крови в качестве подтверждения диагноза основного заболевания?

Задача №19.

При гистологическом исследовании биоптата левого ушка сердца человека обнаружено ревматическая гранулёма Ашоффа-Талалаева.

1. Определите, к какой разновидности иммунопатологической реакции относится гранулёма?
2. Какой механизм лежит в основе её развития?
3. К какой группе заболеваний относится ревматизм?

4) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: ревматизм, болезнь Сокольского-Буйо, Ашоффа-Талалаевская гранулема, эндокардит (диффузный, вальвулит, острый бородавчатый, фибропластический, возвратно-бородавчатый), миокардит (гранулематозный, диффузный межучочный экссудативный, очаговый межучочный экссудативный), диффузный кардиосклероз, панкардит, ревматический васкулит, ревматический эндотелиоз, порок сердца, недостаточность клапанов, стеноз клапанов, комбинированный порок, сочетанный порок, "рыбья пасть", бычье сердце, компенсированный и декомпенсированный порок, эндокардит (диффузный, вальвулит, острый бородавчатый, фибропластический, возвратно-бородавчатый), ревматический эндотелиоз, ревматоидный артрит, ревматоидный фактор, синовит, ревматоидные узлы, рагоциты, паннус, фиброзный анкилоз, рисовые тельца, симптом плавников моржа, болезнь Бехтерева, анкилозирующий спондилоартрит, ревматоидный спондилит, костные анкилозы, системная красная волчанка, болезнь Либмана-Сакса, "луковичный" склероз селезенки, гематоксилиновые тельца, волчаночный фактор, волчаночные клетки, эндокардит Либмана-Сакса, симптом бабочки, аллопеция, LE-феномен, системная склеродермия, системный прогрессирующий склероз, "склеродермическая почка", "склеродермическое сердце", базальный пневмофиброз, узелковый периартериит, дерматомиозит (первичный, опухолевый), панмиозит, синдром Шегрена, болезнь Шегрена, ксеростомия, ксерофтальмия.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-

	морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала				
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ.

Тема 4.1. Новообразования мягких тканей.

Цель: Ознакомить с техникой проведения ИГХ исследования и подбором маркеров для диагностики опухолей мягких тканей.

Задачи:

Научить правильному подбору специфических маркеров для проведения диагностических мероприятий опухолей мягких тканей.

Обучающийся должен знать:

1. Дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей 2. Принципы лечения опухолей мягких тканей и их осложнений.

Обучающийся должен уметь: при необходимости комбинировать, либо, заменять на равноценные маркеры, используя разные составляющие при исследовании одного вида опухоли;

Обучающийся должен владеть: лабораторно-диагностическими технологиями, методикой исполнения ИГХ исследования, бережно пользоваться аппаратурой.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей (гемангиома, лимфангиома, пигментные невусы, дермоидные кисты, липомы, пиломатриксомы, тератомы). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.

2. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи).

3. Иммунологические методы исследования.

4. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ).

Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

2) Тестовый контроль:

001. К меланомонеопасным невусам относятся;

1. голубой невус;
2. внутридермальный невус;
3. пограничный пигментный невус;
4. гигантский пигментный невус;
5. правильный ответ 2 и 3.

002. К меланомоопасным невусам следует отнести:

1. веррукозный невус;
2. фиброэпителиальный невус;
3. невус Ота;
4. правильного ответа нет;
5. все ответы правильны кроме 4

003. Меланома кожи относится к опухолям:

1. нейроэктодермальной природы;
2. эктодермальной природы;

3. мезенхимальной природы;
4. дисэмбриональной природы;
5. нет правильного ответа.

004. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

1. радиофосфорная проба;
2. лучевая меланурия;
3. термография;
4. морфологический метод;
5. биологический.

005. Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам:

1. гиперпигментация;
2. асимметрии невоидного образования;
3. бурный темп роста опухоли;
4. выпадение волос при волосатом невусе;
5. все ответы правильны.

006. Наличие дочерних пигментных включений на коже вокруг меланомы указывает на:

1. местную распространенность процесса;
2. наличие дополнительных новообразований;
3. рецидив меланомы;
4. диссеминацию процесса;
5. все ответы правильны.

007. Субъективные жалобы при меланоме кожи у детей включают:

1. боль и зуд в области появившегося новообразования;
2. наличие опухоли кожи черного цвета, возвышающейся над поверхностью кожи;
3. покраснение, боль и припухлость на коже, повышение температуры тела;
4. опухолевое образование плоское, красного цвета, кровоточащее, при травмировании не растет;
5. правильный ответ 2 и 3.

008. Объективные данные осмотра при меланоме кожи у детей:

1. наличие плотноватого опухолевидного образования под кожей, кожа не изменена;
2. наличие эластичной опухоли ярко-красного цвета, бледнеющей при надавливании, с бородавчатыми элементами, оволосением;
3. плоское пятно коричневого цвета с бородавчатыми элементами, оволосением;
4. наличие образования черного цвета, плотного, с глянцевой поверхностью или темно-коричневого цвета узлоподобного образования, возвышающегося над поверхностью кожи с участками изъязвления;
5. все ответы правильны, кроме 2.

009. При меланоме кожи у детей выявляются следующие изменения:

1. анемия, увеличение СОЭ, лейкоцитоз;
2. положительная реакция на альфа-фетопротеин;
3. повышение экскреции катехоламинов с мочой;
4. повышение трансаминаз;
5. правильного ответа нет.

010. Дифференциальный диагноз при подозрении на меланому проводят с:

1. Гемангиомой.
2. Пигментной ксеродермой.
3. Плоскоклеточным раком кожи.
4. Пигментным невусом.
5. Со всеми перечисленными.

011. Метастазы меланомы возможны в следующие органы:

1. печень;
2. легкие;
3. лимфатические узлы;
4. кожу и подкожный жировой слой;
5. все ответы правильны.

012. При лечении меланомы кожи у детей применяют:

1. химиотерапию;
2. кератолитические жидкости и мази;
3. оперативное лечение;
4. криодеструкцию;
5. правильны ответы 1, 3, 5. ,

013. Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

1. хирургический;
2. лучевая терапия;
3. комбинированный;
4. электрокоагуляция;
5. абляция.

014. Хирургический метод лечения меланомы кожи у детей включает:

1. частичное иссечение опухолевой ткани с гистологическим исследованием;
2. глубокое иссечение кожи с опухолью с захватом подкожной клетчатки до фасции;
3. иссечение опухоли с регионарными лимфатическими узлами;
4. криодеструкция;
5. правильный ответ 1 и 2.

015. При наличии меланомы кожи лица размерами до 0,5 см в области носогубной складки наиболее целесообразным является применение:

1. хирургического метода;
2. лучевой терапии;
3. криодеструкции;
4. химиотерапии;
5. опереция Вебера.

016. При хирургическом лечении меланомы кожи туловища и конечностей от краев опухоли следует отступить:

1. на 0,5 см;
2. на 1,5 см;
3. на 3,5 см;
4. на 5,0 см и более;
5. нет правильного ответа.

017. При хирургическом лечении меланомы кожи лица от краев опухоли следует отступить:

1. на 0,5 см;
2. на 1,5 см;
3. на 3,5 см;
4. на 5,0 см;
5. зависит от возраста пациента.

018. Наиболее рациональной программой лечения меланомы кожи IV степени инвазии по Кларку является:

1. радикальная операция с последующим наблюдением;
2. радикальная операция + полихимиотерапия в течение 1 года;
3. радикальная операция с последующей химиотерапией в течение 1,5 лет;
4. лучевая терапия с последующей биопсией опухоли и монохимиотерапией;
5. правильного ответа нет.

019. Наихудшей в плане прогноза можно считать локализацию меланомы на:

1. коже;
2. голове;
3. верхних конечностях;
4. туловище;
5. нижних конечностях

020. Среди сарком мягких тканей чаще встречается:

1. ангиосаркома;
2. синовиальная саркома;
3. рабдомиосаркома;
4. лейосаркома;
5. встречаются одинаково часто.

021. Среди морфологических вариантов рабдомиосаркомы преобладает:

1. эмбриональный;
2. альвеолярный;
3. плеоморфный;
4. юингоподобный;
5. недифференцированный.

022. Прогностически благоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных являются:

- а) орбита;
- б) паратестикулярная зона;
- в) влагалище;

- г) конечности;
- д) мочевого пузыря.
- 1. все перечисленные;
- 2. только а, б, в;
- 3. только а и б;
- 4. только а;
- 5. в, г, д.

023. Прогностически неблагоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных являются:

- а) конечности;
- б) туловище;
- в) брюшная и грудная полости;
- г) поверхностные области головы и шеи.
- 1. Только два первых;
- 2. только а;
- 3. только а, б, в;
- 4. только б, в, г;
- 5. все перечисленные.

024. Причинами ошибочной диагностики при саркомах мягких тканей у детей являются:

- 1. отсутствие у врачей онкологической настороженности;
- 2. незнание клинических проявлений сарком мягких тканей;
- 3. неумение определения необходимого набора диагностических средств;
- 4. объективные трудности диагностики;
- 5. все перечисленные.

025. К группе параменингеальных относят опухоли, локализующиеся в следующих областях:

- 1. полость носа и околоносовые пазухи, крылонебная ямка;
- 2. среднее ухо и височная область;
- 3. носоглотка;
- 4. орбита;
- 5. все перечисленные.

026. К группе непараменингеальных относят опухоли, локализующиеся в следующих областях:

- 1. околоушно-жевательная;
- 2. ротоглотка;
- 3. мягкие ткани лица, шеи, волосистой части головы;
- 4. гортань и язык;
- 5. все перечисленные.

027. При рабдомиосаркоме влагалища ранними симптомами являются:

- 1. выделения из половых путей;
- 2. затрудненное мочеиспускание;
- 3. дизурические явления;
- 4. все перечисленные;
- 5. боль и зуд во влагалище.

028. Начальными проявлениями рабдомиосаркомы среднего уха являются:

- 1. боли в ухе;
- 2. obturation слухового прохода со снижением слуха;
- 3. припухлость в заушной области;
- 4. зуд в слуховом проходе;
- 5. все перечисленное.

029. Для рабдомиосаркомы носоглотки ранними симптомами являются:

- а) "гнусавость" голоса;
- б) боли;
- в) нарушение носового дыхания;
- г) отделяемое из носа.
- 1. все перечисленное;
- 2. только а;
- 3. только в и г;
- 4. только в;
- 5. только г.

030. Ранними симптомами для рабдомиосаркомы мочевого пузыря являются:

- 1. гематурия;

2. пиурия;
3. дизурические явления;
4. болезненность при мочеиспускании;
5. острая задержка мочи.

3) Практическая работа

3.1. Изучить макропрепараты

Макропрепарат № 62. Низкодифференцированная фибросаркома средостения.

В средостении визуализируется новообразование шаровидной формы, бугристое, плотной консистенции, серого цвета. Неоплазма не имеет чётких границ, прорастает аорту и стенку сердца. На разрезе волокнистого строения с множественными участками некроза и кровоизлияний, придающими опухоли пёстрый вид. Обычно фибросаркома развивается de novo, излюбленной локализацией являются конечности. Опухоль метастазирует, преимущественно, гематогенным путём. Причинами смерти являются прорастание саркомой жизненно важных органов, а также развитие метастатических депозитов.

Макропрепарат № 92. Рабдомиосаркома плеча.

В области средней трети плеча опухоль огромных размеров (более 30 см), бугристая, плотная, без чётких границ. На разрезе серо-белая, волокнистая с выраженными вторичными изменениями в виде некроза и кровоизлияний. Мягкие ткани верхней конечности дистальнее злокачественного новообразования отёчные, пастозные, синюшные, на кончиках пальцев отмечаются макроскопические признаки влажной гангрены, которая стала следствием сдавления и инвазии саркомы лимфатических и кровеносных сосудов. Рабдомиосаркома чаще возникает у молодых мужчин, может встречаться в любом месте, где есть поперечно-полосатая мускулатура. Метастазирует гематогенно (чаще в лёгкие).

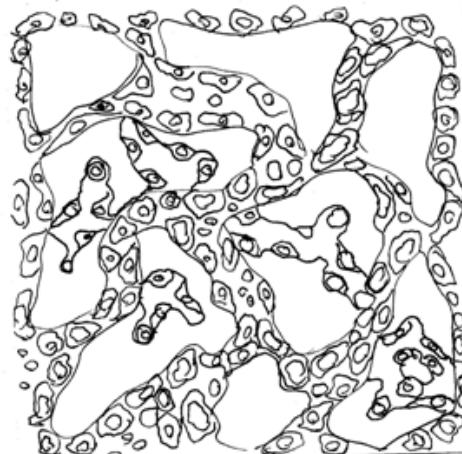
3.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 98. Остеосаркома. (окраска гематоксилином и эозином)

Ткань опухоли отличается структурным полиморфизмом, выявляются признаки опухолевого костеобразования в виде костных балок, расположенных в разных участках препарата. Неопластическая кость представлена незначительным количеством бесформенных глыбок (красного цвета) или тонкой сетью остеоида. В других случаях опухолевая кость формирует массивные уродливые поля, лишённые функциональной архитектоники балки. Атипизм опухолевой кости в остеогенной саркоме выражается не только атипией клеток, но и резкими нарушениями процесса минерализации. Клеточный состав неоплазмы разнообразен, клетки имеют сходство с остеобластами, фибробластами, в некоторых случаях могут приобретать большие размеры, уродливую форму цитоплазмы и ядер, повышенное сродство к красителям, в частности к гематоксилину (гиперхромность).

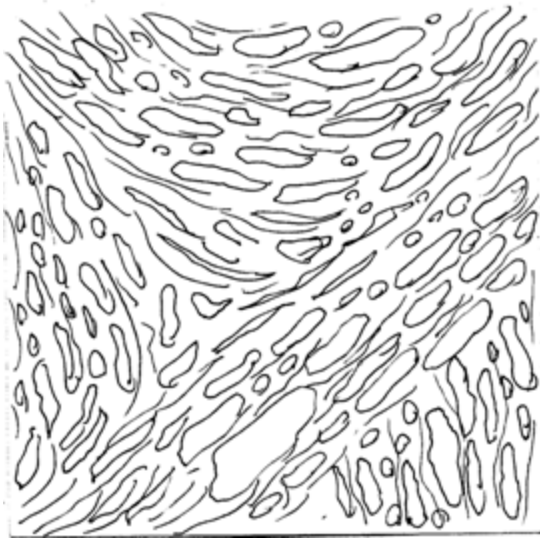
Обозначить:

- 1 - неопластическая костная ткань и костные балки;
- 2 - атипичные опухолевые клетки (остеобласты)



Микропрепарат № 101. Низкодифференцированная фибросаркома. (окраска гематоксилином и эозином)

В препарате отмечается преобладание опухолевых элементов над волокнами, гиперхроматоз ядер, их полиморфизм, обилие патологических митозов. Опухолевые клетки варьируют в размерах, имеют округлую, овальную, веретеновидную форму, нередко гигантские и многоядерные типы. Структура фибросаркомы обычно полиморфна, в одних участках она типична для дифференцированной, в других – для низкодифференцированной веретёноклеточной саркомы.



Обозначить:

- 1 - соединительнотканнные волокна
- 2 - атипичные веретеновидные клетки опухоли
- 3 - единичные многоядерные клетки
- 4 - фигуры митозов

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕРМИНОВ ОТНОСИТСЯ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ

6. Гамартома
7. Рак
8. Карцинома
9. Саркома
10. Тератома

2. ВСЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТЕОСАРКОМЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

6. Самая частая первичная опухоль костной ткани
7. *Метастазы других опухолей в кости встречаются реже, чем остеосаркома*
8. Пик заболеваемости – 10 – 20 лет
9. Чаще поражаются длинные кости в области коленного сустава
10. Часто возникают метастазы в легкое

3. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ САРКОМЫ ЮИНГА

7. *Опухоль представлена мелкими лимфоцитоподобными клетками*
8. *Для верификации опухоли используются ШИК- реакцию*
9. Чаще локализуется в эпифизах трубчатых костей
10. Наиболее часто встречается в среднем возрасте с одинаковой частотой у мужчин и у женщин
11. *Характерна рентгенологическая картина «луковой шелухи»*
12. Не метастазирует

4. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ МЯГКОТКАНЫМ ОПУХОЛЯМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

6. *К мягкотканым опухолям относят все мезенхимальные опухоли, а также опухоли периферической нервной системы*
7. Чем более поверхностно расположена опухоль, тем менее злокачественно ее клиническое течение
8. Чем больше размеры опухоли, тем более вероятно, что она злокачественна

9. Чем быстрее растет опухоль, тем она более злокачественна
10. Обызвествление опухоли не имеет прогностического значения
5. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЕРНЫЕ ДЛЯ ХОНДРОСАРКОМЫ
1. Наиболее часто встречается в детском возрасте
 2. Характерно поражение околокортикальной зоны костей
 3. Чаще поражаются кисти и стопы
 4. Чаще возникает в эпифизарной ростковой зоне
 5. *Характерен медленный рост*
6. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЕРНЫЕ В ОТНОШЕНИИ САРКОМЫ КАПОШИ
6. Классическая форма чаще встречается у женщин
 7. *Саркому Капоши можно отнести к ангиосаркомам*
 8. *Гистологически представлена пучками вытянутых клеток и щелями, выстланными эндотелием, и заполненных эритроцитами*
 9. ВИЧ вызывает опухоль
 10. *При ВИЧ-инфекции характерна локализация опухоли во внутренних органах*
7. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЯГКОТКАННЫХ ОПУХОЛЕЙ ИМЕЕТ БИФАЗНОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ И СОСТОИТ ИЗ КУБИЧЕСКИХ ЭПИТЕЛИОПОДОБНЫХ И ВЕРЕТЕНООБРАЗНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК
1. Злокачественная фиброзная гистиоцитома
 2. Узловатый фасциит
 3. Липосаркома
 4. Рабдомиосаркома
 5. *Синовиальная саркома*
8. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЕРНЫЕ В ОТНОШЕНИИ МЯГКОТКАННЫХ ОПУХОЛЕЙ
6. *Наличие инфильтративного роста – признак, недостаточный для диагноза саркомы*
 7. *При макроскопическом исследовании вокруг саркомы может быть обнаружена капсула*
 8. *В доброкачественных опухолях обычно не бывает некроза*
 9. *Размер опухоли – важный прогностический признак при саркоме*
 10. Некоторые доброкачественные опухоли могут метастазировать
9. У 13-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ОБНАРУЖЕНА ОПУХОЛЬ В МОЗЖЕЧКЕ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
1. Глиобластома
 2. Эпендимома
 3. Менингиома
 4. *Медуллобластома*
 5. Олигодендроглиома
10. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
6. Является частой причиной менометроррагии
 7. *Часто малигнизируется*
 8. Часто обладает мультицентрическим ростом
 9. Отмечается рост опухоли во время беременности
 10. Регрессирует в менопаузе
11. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННУЮ МЕЗЕНХИМАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДКА
1. Аденома
 2. *Лейомиома*
 3. Гломусная опухоль

4. Липома
 5. Неврилеммома
12. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ САМОЙ ЧАСТОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
6. *Локализуется в белом веществе, границы не четкие*
 7. *Имеет пестрый вид*
 8. *Обычно возникает в возрасте после 40 лет*
 9. Часто дает метастазы в легкое
 10. Часто прорастает в кости черепа
13. САРКОМУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
1. Образование пластов опухолевых клеток
 2. Возникновение, большей частью, в пожилом и старческом возрасте
 3. *Преимущественно гематогенное метастазирование*
 4. Развитие из эпителиальной ткани
 5. *Развитие из ткани мезенхимального происхождения*
14. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ САРКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
5. Лимфогенный
 6. *Гематогенный*
 7. Периневральный
 8. Имплантиционный
15. К ОПУХОЛЯМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
6. Аденома
 7. *Ангисаркома*
 8. Папилома
 9. Гепатома
 10. Костная мозоль
16. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ
6. Ангиофиброма носоглотки
 7. *Фиброма кожи*
 8. Лейомиосаркома
 9. Десмоид
 10. Хондросаркома
17. ОПРЕДЕЛЕНИЕ САРКОМЫ
1. Незрелая опухоль из фиброзной ткани
 2. *Незрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения*
 3. Зрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения
 4. Зрелая опухоль из фиброзной ткани
18. ЗРЕЛАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ
6. Лимфангиома
 7. *Гемангиома*
 8. Гемангиосаркома
 9. Карциносаркома
 10. Мезенхимома
19. НЕЗРЕЛАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ ТКАНЕЙ ПРОИЗВОДНЫХ МЕЗЕНХИМЫ
6. Аденома
 7. Папилома
 8. Карцинома

9. Рак

10. Саркома

20. ВЫБЕРИТЕ ОПУХОЛЬ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

- 6. Гемангиома
- 7. Липосаркома
- 8. Дифференцированная фибросаркома

9. Гемангиосаркома

10. Десмоид

21. ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ САРКОМЫ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1. Костях
- 2. Региональных лимфоузлах
- 3. Почках

4. Печени

5. Легких

22. ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 6. Костях
- 7. Региональных лимфоузлах
- 8. Почках
- 9. Печени

10. Легких

23. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ

- 6. Зрелая опухоль
- 7. Обладает местнодеструктивным ростом
- 8. Метастазирует**
- 9. Развивается из кровеносных сосудов
- 10. Часто встречается в коже

24. САРКОМА – ЭТО НЕЗРЕЛАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ

- 6. Эпителия
- 7. Кровотворной ткани
- 8. Фиброзной ткани
- 9. Тканей, производных мезенхимы**
- 10. Лимфатической ткани

25. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ

- 6. Фибромиома**
- 7. Лейомиосаркома
- 8. Остеосаркома
- 9. Десмоид
- 10. Липосаркома

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛЕЙОМИОМЫ

- 6. Кожа
- 7. Сердце
- 8. Матка**
- 9. Мягкие ткани
- 10. Желудок

27. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 6. Фибромиома
- 7. Лейомиосаркома**

- 8. Ангиофиброма носоглотки
 - 9. Десмоид
 - 10. Хондрома
28. ДЛЯ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО ТОЛЬКО
- 6. Тканевой и клеточный атипизм
 - 7. Незрелые клетки
 - 8. Злокачественное течение
 - 9. Построена из сосудов венозного типа**
 - 10. Метастазирует гематогенно
29. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ
- 6. Липосаркома**
 - 7. Десмоид
 - 8. Капиллярная гемангиома
 - 9. Остеома
 - 10. Фиброма
30. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ
- 6. Фиброма
 - 7. Фибросаркома
 - 8. Гемангиома
 - 9. Лейомиома**
 - 10. Лейомиосаркома

Какая морфологическая структура характерна для опухолей мягких тканей?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	папиллярный рак	
б	полиморфноклеточная саркома	+
в	солидный рак	
г	базалиома	
д	периневральная фибросаркома	+

Пути наиболее частого метастазирования злокачественных опухолей мягких тканей?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфогенный путь	
б	гематогенный путь	+
в	имплантационный путь	
г	смешанный путь	
д	сочетание 3 и 4 путей метастазирования	

При какой стадии дисплазии могут появляться опухолевые клетки?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	при первой	
б	при второй	
в	при третьей	+
г	при переходе первой стадии дисплазии во	

	вторую	
д	при длительно существующей первой стадии дисплазии	

3) Решить ситуационную задачу:

Задача №11.

Для гистологического исследования прислан кусочек ткани, взятый из края длительно не заживающей язвы левой стопы. При микроскопии обнаружено разрастание полиморфных атипичных клеток в виде гнезд и розеток, в цитоплазме которых определяется черно-бурый пигмент, иммуногистохимически идентифицированный как меланин. Встречается много митозов и очагов некроза.

- Ваш диагноз?
- Что могло предшествовать развитию описанного процесса?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант

опухолей по серозным экссудатам				врача
---------------------------------	--	--	--	-------

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.2. Новообразования кроветворной и лимфатической систем

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить морфологию основных заболеваний системы крови, разобраться в сущности процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфомах. Отметить цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкоэмических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных.

Задачи: Рассмотреть сущность процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфогранулоцитозы, алейкии, острые и хронические лейкозы, неходжкинские злокачественные лимфомы, анемии. Обучить различать по морфологической картине цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкоэмических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией системы крови.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание макропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Значение системы крови для жизнедеятельности.
2. Классификация болезней крови.
3. Определение, этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при анемиях.
4. Этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при лейкозах.
5. Определение, этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина (костный мозг и внутренние органы), осложнения, исходы и причины смерти при неходжкинских злокачественных лимфомах.
6. Понятие о геморрагических диатезах. Этиология, патогенез, классификация, морфологическая картина, осложнения, исходы и причины смерти при тромбоцитопениях и тромбоцитопатиях.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 122. Селезёнка при миелолейкозе.

Селезёнка увеличена в размерах, плотной консистенции, капсула гладкая. Поверхность органа

синюшная, на ней определяются борозды (рубцы), появляющиеся после инфарктов, обусловленных опухолевыми эмболами. На разрезе орган красно-коричневого цвета, даёт обильный густой соскоб пульпы на ноже. Увеличение размеров селезёнки связано с пролиферацией опухолевых клеток, ростом и утолщением селезёночных тяжей и пролиферацией стромальных элементов.

Подобные изменения селезёнки характерны для миелолейкозов. Среди осложнений можно выделить надрывы, разрывы капсулы селезёнки с профузными смертельными внутренними кровотечениями.

Макропрепарат № 123. Почка при хроническом миелолейкозе.

Почка увеличена, поверхность гладкая, капсула снимается легко. С поверхности и на разрезе орган имеет розовый цвет с серым крапом. Граница коркового и мозгового слоёв стёртая. Инфильтрация опухолевыми клетками более выражена в корковом слое и менее в мозговом, который становится более полнокровным.

Процесс двухсторонний. Замещение почечной паренхимы опухолевыми депозитами приводит к прогрессии почечной недостаточности.

Макропрепарат № 124. Некротическая ангина при агранулоцитозе.

Препарат состоит из гортаноглотки с языком. На нёбных миндалинах диагностируются два глубоких язвенных дефекта с неровными краями, дно их покрыто некротическими массами. Окружающие ткани полнокровные, резко отёчные.

Агранулоцитоз обуславливает снижение неспецифического иммунитета, что способствует развитию неспецифического воспаления с исходом в некроз.

Макропрепарат № 121. Лимфоузлы при лимфоме Ходжкина.

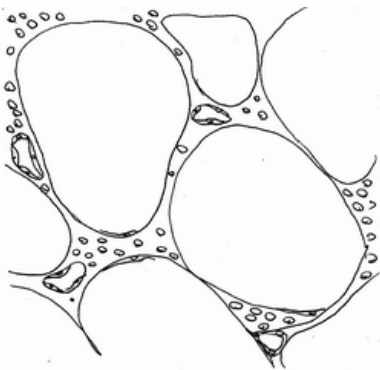
Опухолевый конгломерат представлен резко увеличенными (до 5 см), плотными, спаянными между собой и окружающими тканями, не смещаемыми лимфатическими узлами. На разрезе они белые, капсула их не контурируется за счёт прорастания опухоли.

Подобные изменения в лимфатических узлах констатируются при гемобластозах и лимфомах (ходжкинских и неходжкинских). Лимфомы и лейкозы протекают с явлениями иммунодефицита.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 224. Апластический костный мозг (окраска гематоксилином и эозином)

В трепанобиоптате губчатой кости при микроскопии встречаются костные балки розового цвета и очажки кроветворения. Основная часть препарата представлена жёлтым костным мозгом в виде крупных жирowych капель (при стандартной парафиновой проводке имеют вид округлых светооптических пустот).

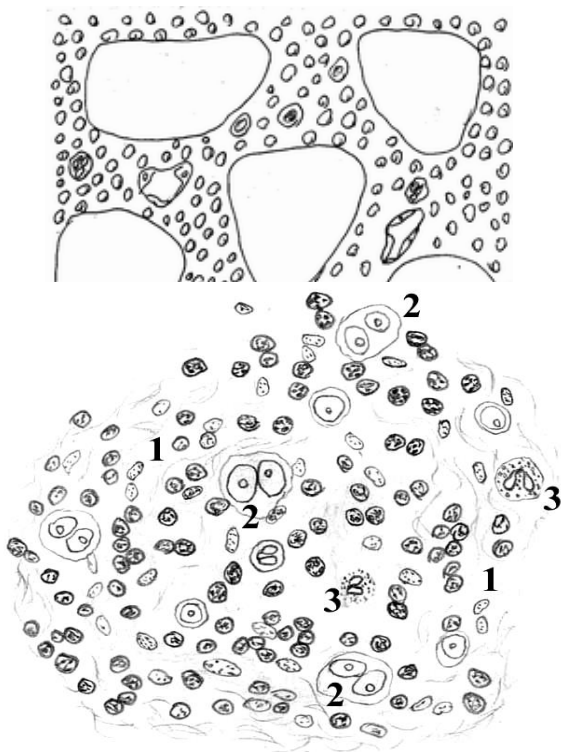


Обозначить:

- 1 – костные балки;
- 2 – мелкие очаги кроветворения;
- 3 – жёлтый костный мозг;

Микропрепарат № 179. Костный мозг при миелолейкозе. (окраска азуром II – эозином)

Клеточность красного костного мозга значительно повышена за счёт выраженной пролиферации клеток миелоидного ростка, одновременно верифицируются крупные резко базофильные бластные клетки с крупными овальными ядрами, количество которых не превышает $\frac{1}{3}$ клеточного пула. Среди опухолевых клеток выявляются все переходные формы, а также зрелые клеточные элементы. Клетки моно- и эритропоэза единичные.



Обозначить:

- 1 – миелобласты;
- 2 – сегментоядерные нейтрофилы;
- 3 – остатки жёлтого костного мозга (имеют вид пустот).

Микропрепарат № 90. Лимфатический узел при лимфоме Ходжкина (смешанноклеточный вариант). (окраска гематоксилином и эозином)

Признаков нормального строения лимфатического узла не обнаруживается.

Опухолевая ткань богата клеточными элементами, однако менее интенсивно окрашивается гематоксилином, чем нормальная лимфоидная ткань. Величина неопластических клеток различна, более крупные многоядерные клетки Рид – Березовского – Штенберга как бы разбросаны между остальными. Численно преобладают лимфоциты и клетки Ходжкина, которые обычно лежат кучками или в виде цугов и легко узнаются по бледно окрашенным ядрам.

Обозначить:

- 1 – многоядерные клетки Штенберга;
- 2 – клетки Ходжкина;
- 3 – лимфоциты;

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

НОВООБРАЗОВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМ

Выберите один правильный вариант ответа.

9. САМЫЙ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ВАРИАНТ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

9. **Вариант с преобладанием лимфоидной ткани**

10. Нодулярный склероз

11. Смешанно-клеточный вариант

12. С подавлением лимфоидной ткани

10. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ВАРИАНТ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

9. Вариант с преобладанием лимфоидной ткани

10. Нодулярный склероз

11. Смешанно-клеточный вариант

12. **С подавлением лимфоидной ткани**

11. В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

9. Клетки Пирогова – Лангханса

10. Клетки Маршалко – Унны

11. **Клетки Березовского – Штенберга**

12. Клетки Вирхова

12. МАКРОЦИТОЗ, ЭРИТРОЦИТЫ С ТЕЛЬЦАМИ ЖОЛЛИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, ГИПЕРСЕГМЕНТАЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ

45. **Мегалобластной**

46. Гемолитической

47. Железодефицитной

48. Постгеморрагической
49. ПРИЧИНАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 9. Гемосидероза печени**
10. Отравления соединениями свинца
11. Введением пенициллина
12. Сфероцитозом
50. ПРИЗНАКОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
11. Снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
12. Увеличение размеров эритроцитов
13. Гиперхромия эритроцитов
- 14. Резкое уменьшение гемосидерина в костном мозге**
15. Дефицит фолиевой кислоты
51. ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ
11. Панцитопения
- 12. Увеличение числа ретикулоцитов**
13. Склонность к кровотечениям
14. Редукция гемопоэза
15. Склонность к инфекциям
52. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ
11. «Миелоидного» костного мозга
- 12. Гиперспленизма**
13. Умеренной гепатомегалии
14. «Лейкемического» провала в формуле крови
15. Язвенно-некротического изменения в желудке
53. ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО МОНОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 11. Гиперплазия десен с язвезвлением**
12. Редукция гемопоэза
13. Лейкемоидная реакция
14. Гемосидероз селезенки
15. Гипертрофия миокарда левого желудочка
54. К ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
11. Хронического миелолейкоза
12. Миелофиброза
13. Истинной полицитемии
14. Миеломной болезни
- 15. Эссенциальной тромбоцитопении**
55. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ИМЕЮТ КЛЕТКИ
11. Клетки Пирогова – Лангханса
12. Клетки Микулича
- 13. Клетки Березовского – Штенберга**
14. Клетки Уортина
15. Клетки Аничкова
56. У БОЛЬНОГО 80 ЛЕТ В КРОВИ ЛЕЙКОЦИТОЗ 90×10^9 (80 % КОТОРОГО ЗРЕЛЫЕ ЛИМФОЦИТЫ), ТРОМБОЦИТОЗ; ИМЕЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ВИДЕ ПАКЕТОВ. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
9. Хронический лимфобластный лейкоз
10. Острый лимфобластный лейкоз
- 11. Лимфома Ходжкина**
12. Миеломная болезнь
57. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУНКТАТА УЧАСТКА ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК, С ШИК- ПОЗИТИВНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 11. Хронического воспаления костного мозга
 - 12. Кардиомиопатии
 - 13. Гаммаглобулинемии
 - 14. Миеломы Бенс-Джонса**
 - 15. Истинная полицитемия
58. К ВАРИАНТАМ «КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА» ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- 11. Нодулярного склероза
 - 12. Смешанно – клеточного
 - 13. С большим количеством лимфоцитов
 - 14. С лимфоидным истощением
 - 15. Гиперплазии паракортикальной зоны лимфоузлов**
59. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
- 11. Алкоголизме
 - 12. Глютеновой энтеропатии
 - 13. Болезни Крона
 - 14. Операциях на желудочно – кишечном тракте
 - 15. массивной кровопотере**
60. ВТОРИЧНЫЕ ЭРИТРОЦИТОЗЫ (ПОЛИЦЕТЕМИИ) ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
- 9.** Проживание в высокогорье
 - 10.** Сердечно – сосудистая недостаточность
 - 11. Беременность**
 - 12.** Легочная недостаточность
61. ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В₁₂ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 9. Аутоиммунного гастрита
 - 10. Хронического колита
 - 11. Резекции желудка
 - 12. Гиперспленизма**
62. ПРИЗНАКОМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 7. Повреждение миелиновой оболочки аксонов**
 - 8. Очаговые некрозы продолговатого мозга
 - 9. Миелофиброз
63. БЛАСТНЫЙ КРИЗ ВОЗМОЖЕН ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ
- 11. Истинной полицитемии**
 - 12. Хронического миелоидного лейкоза
 - 13. Хронического лимфоидного лейкоза
 - 14. Лимфомы Ходжкина
 - 15. Миелофиброза
64. К В – КЛЕТОЧНЫМ ЛИМФОМАМ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- 9. Плазмоцитомы
 - 10. Фолликулярной лимфомы
 - 11. Лимфомы Беркитта
 - 12. Грибовидного микоза**
65. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ВЗРОСЛЫХ
- 11. Лимфатические узлы шеи**
 - 12. Лимфатические узлы брюшной полости
 - 13. Селезенка
 - 14. Костный мозг
 - 15. Паховые лимфатические узлы
66. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ Т – ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛИМФОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 9. Шея**
- 10. Паховая область
 - 11. Забрюшинное пространство
 - 12. Селезенка

3) Решить ситуационные задачи

Задача №2.

У больного обнаружено увеличение подмышечных лимфоузлов. Остальные лимфоузлы и внутренние органы не изменены. Общий анализ периферической крови в пределах нормы. При гистологическом изучении биоптата лимфоузла выявлено стирание его рисунка, отсутствие фолликулов, однообразный клеточный состав, представленный лимфообластами. Клетки прорастают капсулу лимфоузла.

1.Какой можно поставить диагноз?

Задача №4.

У больного некротический гингивит, тонзиллит, на коже множественные кровоизлияния. В периферической крови $150 \cdot 10^9/\text{литр}$ лейкоцитов, среди которых 90% составляют незрелые клетки, не поддающиеся иммуногистохимической идентификации.

1.О каком заболевании идёт речь?

2.Каков генез вышеуказанных симптомов?

Задача №12

Больной страдал хроническим миелоидным лейкозом с выраженной анемией (Hb до 70 г/л). Тоны сердца были приглушены, границы сердечной тупости расширены влево. Смерть наступила от сердечной недостаточности.

1.Какая дистрофия развилась в миокарде как морфологический субстрат декомпенсации сердца?

2.Каков морфогенетический механизм её развития?

3.Какие изменения сердца обнаружены на вскрытии (его образное название)?

4.Каковы микроскопические изменения мышечных клеток?

5.Какой окраской нужно пользоваться для определения этих изменений?

Задача №15.

У больного на шее обнаружен пакет спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов плотной консистенции. При гистологическом исследовании биоптатов лимфоузла шеи отмечается пролиферация ретикулярных клеток, клеток Рид-Березовского-Штернберга, эозинофилов, плазмочитов и лимфоцитов, а также участки склероза и некроза.

1.О каком заболевании идёт речь?

2.Назовите гистологический вариант этого заболевания?

4) Дать определение ТЕРМИНАМ: анемия, истинная полицитемия (эритремия), эритроцитопатия, гемоглобинопатия, лейкоцитоз, лейкопения, гемобластоз, тромбоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопатия, гиперпротеинемия, гипопропротеинемия, пунктат костного мозга, трепанобиопсия, пойкилоцитоз, анизоцитоз, гипохромия, гиперхромия, тельца Жолли, эритробластический эритропоэз, нормобластический эритропоэз, мегалобластический эритропоэз, гемолиз, железодефицитная анемия, В-12 -фолиево- дефицитная анемия, ахристические анемии, постгеморрагическая анемия, пернициозная анемия, параамилоидоз, остеолитический синдром, остеопороз, синдром повышенной вязкости, парапротеинемическая кома, острые лейкозы, лейкоемические инфильтраты, бластемия, бластные клетки, лейкоемический провал, некротическая ангина, геморрагический синдром, хлоролейкоз, миелоидный костный мозг, лейкозный пневмонит, лейкозный менингит, нейролейкоз, парапротеинемические лейкозы, врожденный лейкоз, цитостатическая болезнь, хронические лейкозы, моноклоновая стадия хронического лейкоза, поликлоновая стадия хронического лейкоза, бласттрансформация хронического лейкоза, аутоинфекция, остеомиелосклероз, миелофиброз, лейкозные тромбы, лейкозные стазы, клетки Сезари, парапротеины, парапротеинемический нефроз, параамилоидоз, остеолитический синдром, остеопороз, синдром повышенной вязкости, парапротеинемическая кома, первичная макроглобулинемия, болезнь тяжелых цепей, гистиоцитоз Х, клиничко-гематологическая ремиссия, неходжкинские злокачественные лимфомы, грибовидный микоз, болезнь Ходжкина, малая клетка Ходжкина, большая клетка Ходжкина, гигантская клетка Рид-Березовского-Штенберга

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.3. Новообразования органов дыхания

Цель занятия: ознакомление с методом биопсийной диагностики бронхов и легких, выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала бронхов и легких.

Задачи: Объяснить работу с учетно-отчетной медицинской документацией по биопсийному разделу работ патологоанатомического отделения.

Обучающийся должен знать: *методы прижизненной морфологической диагностики болезней бронхов и легких; иметь представление о методе биопсийной диагностики бронхолегочных заболеваний.*

Обучающийся должен уметь: *подготовить и направить операционный и биопсийный материал на гистологическое исследование, оформить специальный бланк направления на патогистологическое исследование (форма 014/у),*

Обучающийся должен владеть навыками *оценки и анализа результатов гистологического исследования полученного биопсийного материала.*

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Вопросы для собеседования на занятии:

1. Биопсия, определение. Операционные и диагностические биопсии.
2. Виды биопсии в зависимости от способа получения материала.
3. Виды биопсии в зависимости от сроков ответа.
4. Какой материал подлежит направлению на патогистологическое исследование?
5. Правила фиксации и маркировки материала, направляемого на гистологическое исследование.
6. Какие фиксаторы можно использовать для обработки биопсийного материала?
7. Правила заполнения специального бланка направления на гистологическое исследование (форма 014/у).
8. Особенности заполнения специального бланка направления на гистологическое исследование

(форма 014/у) при исследовании соскобов полости матки и цервикального канала.

9. Особенности заполнения специального бланка направления на гистологическое исследование (форма 014/у) при исследовании последов.

10. Кто является ответственным за доставку материала в патогистологическое отделение?

11. Правила доставки срочного материала в патогистологическое отделение.

12. Порядок приема и регистрации материала в патологоанатомическом отделении.

13. Какой материал является непригодным для патогистологического исследования?

14. Принципы разбора операционного и биопсийного материала.

15. Технологическая цепочка планового гистологического исследования.

16. Использование криостатных срезов в биопсийной диагностике.

17. Что является учетной единицей при гистологическом исследовании биопсийного и операционного материала?

18. Значение специальных методов (гистохимия, электронная микроскопия, иммуноморфология) в прижизненной диагностике болезней.

19. Учетно-отчетная медицинская документация по биопсийному разделу работ патологоанатомического отделения.

20. Виды ответов при исследовании биопсии (окончательный диагноз, ориентировочный ответ, описательный ответ, «ложноположительный» и «ложноотрицательный» ответы).

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 33. Крупозная пневмония.

Лёгкое увеличено в размерах и массе преимущественно за счёт верхней доли. Плевра, покрывающая ее, полнокровная, отёчная, покрыта фибрином. Консистенция поражённой доли печёночной плотности, однородная, воздушность резко снижена. На разрезе ткань лёгкого серая, зернистая, с поверхности стекает мутная пенная жидкость. Бронхи не вовлекаются в воспалительный процесс, стенка их тонкая, серо-розовая, просвет свободный. Из-за того, что воспаление захватывает не менее доли лёгкого, пневмония также носит название долевого или плевропневмонии (ввиду поражения долевого плевры). Этиологическими факторами являются пневмококки, клебсиеллы и легионеллы. Среди осложнений наблюдаются абсцессы, гангрена и карнификация лёгкого.

Макропрепарат № 189. Деструктивная стафилококковая бронхопневмония.

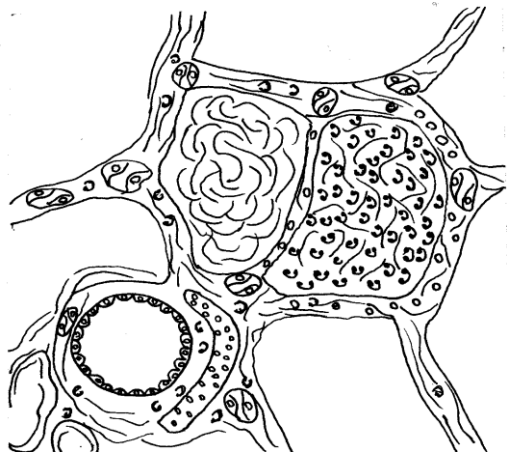
Размеры лёгкого ребёнка увеличены, консистенция органа неоднородная. Лёгочная ткань безвоздушная, полнокровная, на разрезе выявляются множественные серо-жёлтые фокусы уплотнения неправильной формы, имеющие тенденцию к слиянию. Некоторые очаги с участками деструкции в центре, сливаются в многокамерные абсцессы до 2 см в диаметре, заполненные густым гноем. В просвете бронхов определяется густое гнойно-слизистое содержимое. На плевре наложения фибрина в виде тонкой плёнки серо-белого цвета. Причиной развития является стафилококковая или микст-инфекция. Грозными осложнениями являются хронический абсцесс лёгкого и эмпиема плевры. Абсцедирующая пневмония может служить источником развития сепсиса.

2.2. Зарисовать и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 140. Крупозная пневмония в стадии серого опеченения. (окраска по Грамм-Вейгерту)

Границы альвеол слабо различимы благодаря большому количеству лейкоцитов в их просвете. Сосуды межальвеолярных перегородок сдавлены нарастающим фибринозным экссудатом в полостях альвеол. Микроскопическая картина представляется однородной: свернувшийся фибрин (голубого цвета) заполняет все просветы. Число лейкоцитов в альвеолах значительно. Эритроциты не определяются. В других участках, по мере начинающегося разрушения фибрина, он теряет форму нитей, и превращается в мелкозернистую массу или бесформенные глыбки. Число лейкоцитов при этом ещё более возрастает. В альвеолярных перегородках также обнаруживаются многочисленные нейтрофильные лейкоциты. Висцеральная плевра с явлениями фибринозного плеврита. Местами в просвете альвеол встречаются грамположительные диплококки (колонии пневмококков).

- 1 —
- 2 —
- 3 —
- 4 —
- со
- 5 —

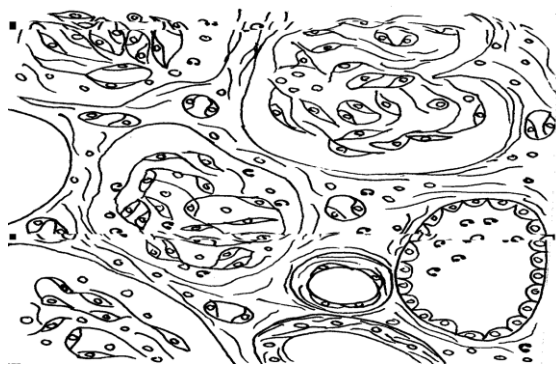


Обозначить:
 просветы альвеол, содержащие фибринозный экссудат голубого цвета;
 полиморфноядерные лейкоциты на нитях фибрина (малиново-красного цвета);
 колонии пневмококка (синие);
 межальвеолярные перегородки расширены, отечные сдавленными сосудами
 свободные бронхи, без экссудата

Макропрепарат № 142. Карнификация лёгкого.

(окраска пикрофуксином по ванГизон)

нерассосавшегося фибринозного экссудата внутри альвеол, т.е. замещение их просветов врастающей грануляционной и соединительной тканью. Бронхиолы, альвеолярные ходы и альвеолы заполняются новообразованными капиллярами и соединительнотканными клетками. В альвеолах, где замещающая экссудат грануляционная ткань не заполняет целиком всей полости, краевая часть этой полости имеет вид небольшой неправильной щели. По мере созревания ткань внутри альвеол приобретает более плотное строение и сливается с утолщенными межальвеолярными перегородками. Среди новообразованной соединительной ткани видны небольшие группы альвеол, просвет которых остаётся свободным.



Обозначить:

- 1 — неравномерное заполнение альвеол грануляционной тканью;
- 2 — группы альвеол со свободным просветом;
- 3 — участок фиброза

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. СПАДЕНИЕ ТКАНИ ЛЁГКОГО - ЭТО

1. Асфиксия
2. **Ателектаз**
3. Гипоксия
4. Эмфизема
5. Диспноэ

2. РАЗРАСТАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ЛЁГКОМ НАЗЫВАЮТ

1. Бронхоэктазом
2. Эмфиземой
3. Пневмонией
4. **Пневмосклерозом**
5. Ателектазом

3. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ РАК ЛЁГКОГО

1. **Прикорневой (центральный)**

2. Экзофитный
 3. *Периферический*
 4. Эндофитный
 5. *Смешанный*
4. К ПРЕДРАКОВЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ ОТНОСЯТ
1. Гипертрофию
 2. *Гиперплазию*
 3. *Метаплазию*
 4. *Дисплазию*
 5. Гипотрофию
5. СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩАЯ РАЗВИТИЮ РАКА ЛЁГКОГО
1. Дисплазия 1 степени
 2. Дисплазия 2 степени
 3. *Дисплазия 3 степени*
 4. Дисплазия 4 степени
 5. Дисплазия 5 степени
6. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЛЁГКОГО
1. *Бляшковидный*
 2. *Полипозный*
 3. *Эндобронхиальный диффузный*
 4. *Разветвлённый*
 5. *Узловатый*
7. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ (ХНЗЛ)
1. *Хронический бронхит*
 2. *Бронхоэктатическая болезнь*
 3. *Эмфизема лёгких*
 4. *Бронхиальная астма*
 5. *Хронический абсцесс*
 6. *Интерстициальная болезнь лёгких (ИБЛ)*
8. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХНЗЛ
1. *Бронхитогенный*
 2. Бронхопневмонитогенный
 3. *Пневмонитогенный*
 4. Бронхопневмониогенный
 5. *Пневмониогенный*
9. ХНЗЛ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ БРОНХИТОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ
1. *Обструктивная эмфизема лёгких*
 2. *Хронический бронхит*
 3. *Бронхоэктатическая болезнь*
 4. *Бронхиальная астма*
 5. Бронхопневмония
10. ХНЗЛ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПНЕВМОНИОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ
1. *Хронический абсцесс*
 2. Хронический бронхит
 3. *Хроническая пневмония*
 4. Эмфизема

5. ИБЛ
11. ХНЗЛ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПНЕВМОНИТОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ
 1. Эмфизема
 2. Хронический бронхит
 3. Хронический абсцесс
 4. **Фиброзирующий альвеолит**
 5. Бронхоэктатическая болезнь
12. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ) ФОРМЫ РАКА ЛЁГКОГО
 1. **Плоскоклеточный рак**
 2. **Аденокарцинома**
 3. Невринома
 4. **Недифференцированный анапластический рак (мелко-, крупноклеточный)**
 5. **Редкие формы (железисто-плоскоклеточный, бронхоальвеолярный)**
13. ЛЁГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА ЛЁГКОГО
 1. **Ателектаз**
 2. **Кровотечение**
 3. Силикоз
 4. **Пневмоторакс**
 5. **Нагноение**
14. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ БРОНХА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ
 1. **Воспалительная инфильтрация**
 2. **Разрастание грануляционной ткани с образованием полипов**
 3. **Гиперплазия желёз с гиперпродукцией слизи фиброз**
 4. **Перестройка эпителия (гиперплазия, атрофия, дисплазия)**
15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ИБЛ
 1. **Инфекция**
 2. **Пыль с антигенами животного и растительного происхождения**
 3. **Медикаментозные препараты**
 4. Физическая перенагрузка
 5. Химические вещества (гербициды, минеральные удобрения)
16. СТАДИИ РАЗВИТИЯ ИБЛ
 1. **Альвеолит (диффузный или гранулематозный)**
 2. Обострение бронхита
 3. **Дезорганизация альвеолярных структур**
 4. **Фиброз**
 5. **Формирование сотового лёгкого**
17. РАСШИРЕНИЕ БРОНХА В ВИДЕ МЕШКА ИЛИ ЦИЛИНДРА, В РЕЗУЛЬТАТЕ КАШЛЕВОГО ТОЛЧКА – ЭТО
 1. Абсцесс
 2. Эмфизема
 3. Бронхит
 4. Пневмоторакс
 5. **Бронхоэктаз**
18. СПАДЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ СТРУКТУР ЛЁГКОГО ВСЛЕДСТВИИ ЕГО МЕХАНИЧЕСКОГО СДАВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПЛЕВРЫ - ЭТО
 1. Абсцесс
 2. Эмфизема

3. **Коллапс**

4. Пневмоторакс

5. Бронхоэктаз

19. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЛЁГКИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗБЫТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ ВОЗДУХА – ЭТО

1. Абсцесс

2. **Эмфизема**

3. Бронхит

4. Пневмоторакс

5. Бронхоэктаз

20. БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ РАЗВИТИЕМ ДИФFUЗНОГО ПНЕВМОСКЛЕРОЗА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДКАХ – ЭТО

1. Хронический абсцесс

2. Хронический бронхит

3. Хроническая пневмония

4. Эмфизема

5. **ИБЛ**

21. ОСНОВНЫЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

1. Аутоиммунный фиброзирующий альвеолит

2. **Токсический фиброзирующий альвеолит**

3. **Инфекционно-аллергический фиброзирующий альвеолит**

4. **Идеопатический фиброзирующий альвеолит (болезнь Хаммен-Рича)**

5. Воспалительный фиброзирующий альвеолит

22. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ПРИСТУПАМИ

1. **Диффузное хроническое воспаление**

2. **Утолщение и гиалиноз базальной мембраны**

3. **Склероз межальвеолярных перегородок**

4. Гипертрофия эпителия бронхов

5. **Хроническая обструктивная эмфизема**

23. СТРОЕНИЕ СТЕНКИ ХРОНИЧЕСКОГО АБСЦЕССА (СЛОИ)

1. **Пиогенная мембрана**

2. Гиалиновая мембрана

3. **Слой грануляционной ткани**

4. Слой хрящевой ткани

5. **Фиброз**

24. ПЫЛЕВЫЕ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

1. Пневмония

2. Эмфизема

3. Бронхоэктатическая болезнь

4. **Пневмокониозы**

5. Туберкулёз

25. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЭМФИЗЕМА БЫВАЕТ

1. **Хронической очаговой**

2. **Викарной (компенсаторной)**

3. **Первичной (идиопатической)**

4. **Межуточной**

5. Ювенильной
 6. *Старческой*
26. БРОНХОЭКТАЗЫ МОГУТ БЫТЬ
1. *Врождённые*
 2. *Приобретённые*
 3. *Мешковидные*
 4. Гроздевидные
 5. *Цилиндрические*
27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО
1. *Генерализация опухоли (метастазы)*
 2. *Печёночная недостаточность*
 3. *Лёгочные осложнения*
 4. *Кахексия*
 5. Ожирение
28. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ТКАНИ ЛЁГКОГО В СТАДИИ СОТОВОГО ЛЁГКОГО
1. *Кистозное расширение альвеол*
 2. *Эктазия бронхиол*
 3. *Фиброз ткани лёгкого с редукцией сосудистого русла*
 4. Расширение и полнокровие капиллярного русла лёгкого
 5. *Эмфизема*
29. ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХНЗЛ
1. *Редукция капиллярного русла лёгких за счёт фиброза*
 2. *Затруднение кровообращения с формированием вторичной лёгочной гипертензии*
 3. Гипертрофия правого предсердия
 4. *Гипертрофия правого желудочка*
 5. *Декомпенсация гипертрофированного сердца с развитием общего венозного застоя*
30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ХНЗЛ
1. *Хроническая лёгочно-сердечная недостаточность*
 2. *Лёгочные осложнения (кровотечения, гангрена, гнойные процессы)*
 3. Хроническая почечная недостаточность
 4. *Вторичный амилоидоз*
 5. Хроническая печёночная недостаточность

3) Решить ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

У мужчины, 54 лет, больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легкого, появились выраженные отеки лица и нижних конечностей. В моче обнаружен белок 4,5 г/л. В гистологическую лабораторию направлен материал

кусочек слизистой оболочки десны для исследования на наличие амилоида. Заключение врача патологоанатома: в слизистой оболочке десны при окраске конго красным обнаружен амилоид.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?
 - а) операционный;
 - б) материал пункционной биопсии;
 - в) материал аспирационной биопсии;
 - г) материал инцизионной биопсии;
 - д) материал прицельной эндоскопической биопсии.
2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:
 - а) дан описательный ответ;
 - б) установлено сопутствующее заболевание;

- в) установлено основное заболевания;
- г) ориентировочный диагноз;
- д) установлено фоновое заболевание.

3. Какое исследование было бы необходимо провести с целью установления природы нефротического синдрома при отсутствии амилоида в слизистой оболочке десны?

- а) пункционная биопсия почки;
- б) пункционная биопсия печени;
- в) биохимическое исследование крови;
- г) исследование мочи по Зимницкому.

Ответ Задача № 1.	1) г; 2) а; 3) а.
------------------------------------	-------------------

ЗАДАЧА 2

Больной, 17 лет, поступил в стационар с жалобами на лихорадку, слабость, потерю веса, увеличение шейных лимфатических узлов. В общем анализе крови - повышение СОЭ - 55 мм/час. При рентгенографии органов грудной клетки - расширение корней легкого в результате увеличения прикорневых лимфатических узлов, увеличены шейные лимфоузлы. 1-й шейный лимфоузел направлен на гистологическое исследование. Заключение врача-патологоанатома: в лимфатическом узле обнаружены гранулемы, состоящие из эпителиоидных клеток, лимфоцитов, единичных гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?
 - а) операционный;
 - б) материал пункционной биопсии;
 - в) материал аспирационной биопсии;
 - г) материал прицельной эндоскопической биопсии.
2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:
 - а) установлен окончательный диагноз;
 - б) ориентировочный ответ;
 - в) дан описательный ответ.
3. Какие заболевания можно предположить при описанной микроскопической картине?
 - а) саркоидоз;
 - б) болезнь Ходжкина;
 - в) лимфосаркома;
 - г) туберкулез;
 - д) рак легкого.

Задача № 2.	1) а; 2) в; 3) а,г.
--------------------	---------------------

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.4. Новообразования органов пищеварения

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научиться определять этиологию, патогенез, знать патологическую анатомию, осложнения, исходы и причины смерти больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, раке желудка, аппендиците, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, раке кишечника.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия болезней желудочно-кишечного тракта между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

- до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
- после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов пищеварения.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

- Поджелудочная железа. Этиология, пато- и морфогенез, классификация, морфологическая характеристика, осложнения и исходы при заболеваниях поджелудочной железы.
- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез.
- Аппендицит. Определение, классификация, клинико-морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
- Рак кишечника. Формы рака.

26. Гистологические типы рака.
27. Болезнь Крона и НЯК. Определение, классификация, клиничко - морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
28. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, морфологическая характеристика.
29. Дивертикулит, этиология, патогенез.
30. Гастрит. Классификация. Факторы риска. Этиология. Формы острого и хронического гастрита.
31. Метаплазия, виды.
32. Язвенная болезнь. Факторы риска. Морфологический субстрат ЯБ. Этиология. Патогенез.
33. Осложнения язвенной болезни.
34. Рак желудка. Классификация рака желудка: Эпителиальные (аденома, карцинома) и неэпителиальные (мальтома) виды рака желудка.
35. Основные факторы развития желудка.
36. Предраковые состояния, предраковые изменения желудка.
37. Макроскопические варианты рака желудка.
38. Гистологические типы рака желудка.
39. Метастазирование и осложнения рака желудка.
40. Эзофагит. Классификация. Этиология, пато - и морфогенез, осложнения и исходы.
41. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, пато - и морфогенез, осложнения и исходы.
42. Рак пищевода

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 47. Острый эрозивный гастрит.

Слизистая оболочка желудка утолщена за счёт воспалительного отёка, складки её сглажены, на их вершинах определяются множественные кровоизлияния и поверхностные дефекты неправильной формы с неровными краями размером до 0,5 см, дно их чёрного цвета, который обусловлен образованием гемоглобиногенного пигмента – солянокислого гематина. К эрозиям могут привести: действие веществ кислоты, щёлочи, алкоголя, токсинов, расстройства микроциркуляции. При устранении повреждающего фактора происходит эпителизация дефектов с полным восстановлением структуры и функции. При прогрессии патологического процесса образуются острые язвы. Одним из грозных осложнений будет развитие синдрома Маллори-Вейса (линейные разрывы слизистой оболочки желудка с профузным кровотечением).

Макропрепарат № 90. Острая язва желудка.

Препарат представлен фрагментом стенки желудка. Слизистая оболочка отёчная, воспалена, рельеф её сглажен. В области малой кривизны виден глубокий щелевидный дефект длиной 1,5 см с ровными чёткими краями, которые не возвышаются над поверхностью слизистой. Дно язвы чёрного цвета из-за образования солянокислого гематина. Причинами развития острой язвы могут служить гастриты, вызванные раздражающими веществами, глубокий стресс, уремия, тяжёлые сердечно-сосудистые кризы. Острые язвы как правило множественные, локализуются беспорядочно. При прогрессии заболевания формируется хроническая язва вплоть до каллёзной. Благоприятным исходом является заживление дефекта посредством образования рубца. Смерть может наступить от профузных кровотечений из сосудов дна язвы.

Макропрепарат № 91. Хроническая язва желудка.

Стенка желудка утолщена, деформирована. В антральном отделе диагностируется грубый язвенный дефект овальной формы, диаметром 2,5 см. Дно язвы плотное, чистое, края плотные, валикообразные, возвышаются над поверхностью слизистой, складки которой, в свою очередь, радиально сходятся к центру дефекта. Край язвы, обращённый в сторону пищевода, приподнят, нависает над кратером, а край, обращённый к привратнику, пологий, ступенчатый, террасовидный. Когда в дне язвы сквозной дефект стенки – это перфорация. Хроническая язва служит морфологическим проявлением язвенной болезни желудка. При заживлении язвы рубец, прерывающий мышечные слои, сохраняется, а с внутренней стороны на месте язвы заметна маленькая площадка, покрытая несмещаемой истончённой и гладкой слизистой оболочкой.

Макропрепарат № 94. Язва-рак желудка.

Слизистая оболочка желудка утолщена, деформирована за счёт глубокого язвенного дефекта до 6 см в

диаметре (гигантская язва). Края язвы приподнятые, вывороченные, подрывные, плотной консистенции, дно шероховатое, плотное, грязное. Складки слизистой оболочки лучеобразно расходятся от дефекта, утолщены. Это язва-рак, так как рак развился на фоне хронической язвы желудка.

Макропрепарат № 49.Блюдцевидный рак желудка.

Слизистая оболочка желудка складчатая, на малой кривизне визуализируется экзофитно растущий опухолевый узел плотной консистенции диаметром 8 см с валиком по краям, кратерообразным углублением центральной части в результате некроза и изъязвления, придающим вид блюда. На разрезе опухоль однородная, серо-белесоватая, без чётких границ, прорастает все слои стенки желудка. По ходу а. gastrica dextra et sinistra определяется группа резко увеличенных в размерах, плотных, спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов серо-белого цвета на разрезе. Блюдцеобразный рак желудка, как правило, развивается *de novo* и гистологически представлен аденокарциномой различной степени дифференцировки.

Макропрепарат № 159.Диффузный рак желудка (скирр).

Препарат представлен фрагментом стенки желудка, которая на разрезе резко утолщена, местами до 3 см., плотной, почти хрящевидной консистенции, однородная, серо-розового цвета. Слизистая оболочка гладкая, не смещаемая. В опухоли преобладает стромальный компонент, который подвергается гиалинозу. Скирр рассматривается как одна из форм недифференцированного рака и характеризуется плохим прогнозом.

Макропрепарат № 112.Рак пищевода.

На границе нижней и средней трети пищевода определяется опухолевидное образование кольцевидной формы, плотной консистенции, резко стенозирующее просвет пищевода. На разрезе опухоль серо-розового цвета, прорастает все слои пищевода. Дистально расположенный отдел пищевода резко расширен. Гистологически рак пищевода представлен эпидермоидной карциномой. Больные с опухолями пищевода, которым не проводится хирургическое лечение, могут погибнуть от истощения (кахексии).

Макропрепарат № 95.Аппендицит флегмонозный.

Червеобразный отросток увеличен в размерах за счёт воспалительного отёка, захватывающего все слои стенки органа, резкая инъеция сосудов серозной оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями. На поверхности аппендикса наложения масс фибрина в виде нитей серо-белого цвета легко снимающиеся. В просвете аппендикса скапливается гнойный экссудат.

Макропрепарат № 96.Мукоцеле червеобразного отростка.

Червеобразный отросток значительно увеличен в размерах, принимает шаровидную форму, превращён в слизистую ретенционную кисту. Стенка кисты тонкая, не превышает нескольких миллиметров, серо-белого цвета. В просвете выявляются полупрозрачные или белесоватые густые слизевидные массы.

Этот вариант мукоцеле носит название миксоглобуллёз. Причиной развития слизистой ретенционной кисты является препятствие, закупорка просвета каловым камнем, инородным телом, рубцом, редко опухолью. Мукоцеле может осложниться образованием ограниченной или диффузной псевдомиксомы брюшины.

2.3. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

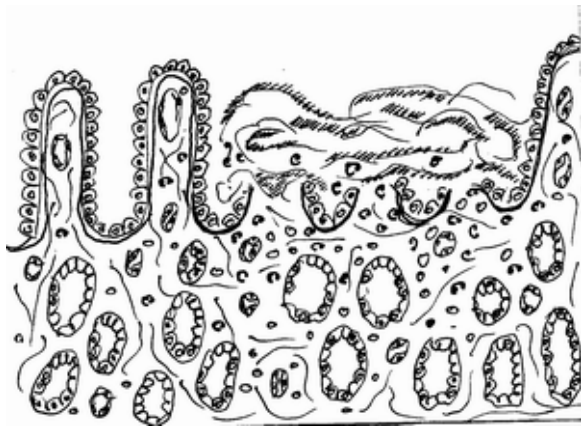
Микропрепарат № 190.Острый эрозивный гастрит.

(окраска гематоксилином и эозином)

Явления распада и гибели эпителиальных клеток желез слизистой обнаруживаются в отдельных участках в виде неглубоких дефектов – эрозий. Клетки сморщены или вакуолизированы, ядра пикнотизированы. Подобным изменениям подвергается или целая группа желез или лишь отдельные железы. Вместе с тем в соответственных местах происходит частичная гибель и отпадение клеток покровного эпителия, однако эпителий секреторного отдела желёз сохраняется в виде островков. Образующийся дефект не проникает за пределы слизистой оболочки. В просвете эрозии наблюдаются отложения пигмента чёрного цвета – солянокислого гематина.

Обозначить:

1 – неглубокий дефект слизистой (эрозия);



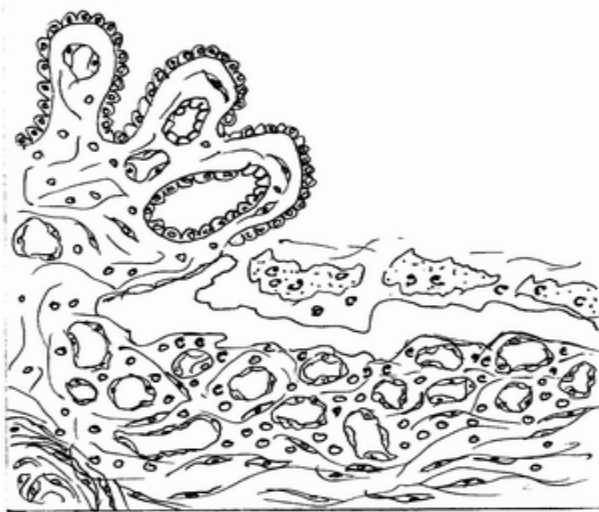
- 2 – железы с явлениями деструкции;
- 3 – тканевый детрит;
- 4 – отложения солянокислого гематина (чёрного цвета);
- 5 – воспалительный инфильтрат.

Микропрепарат №191 . Хроническая язва желудка.

(окраска гематоксилином и эозином)

На слизистой оболочке определяется дефект тканей, проникающий глубоко в стенку желудка - язва. Дно язвы

покрыто узкой полоской некротизированных тканей, которая заполняет также и боковые поверхности углубления, но не доходит до наружного края язвы. Ясного отграничения некротической зоны от нижележащих тканей не обнаруживается. В некоторых местах она непосредственно переходит в плотную волокнистую рубцовую ткань, частично заместившую соответственный слой стенки желудка; в других полях под зоной некроза имеется неясно отграниченный узкий слой молодой грануляционной ткани. Рубцовая ткань построена из тесно прилежащих соединительнотканых волокон, между которыми расположены немногочисленные фибробласты. Местами, особенно в окружности сосудов, иногда встречаются небольшие скопления лимфоцитов и немногочисленных плазматических клеток



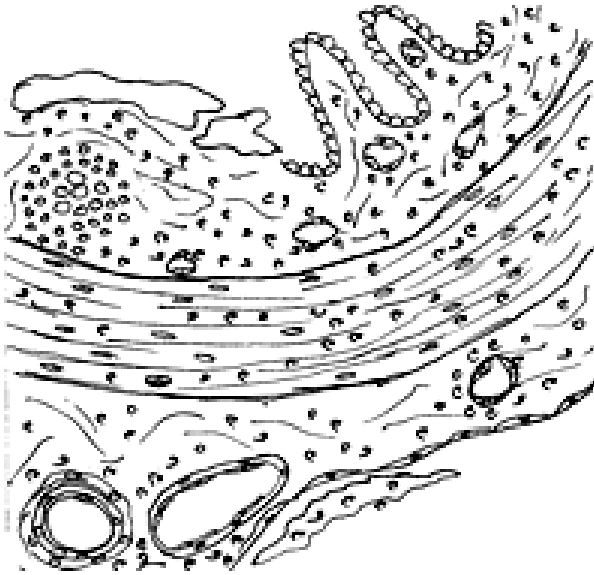
- Обозначить:
- 1 – кардиальный край;
 - 2 – привратниковый край;
 - 3 – покатое дно язвы;
 - 4 – слизистая оболочка по краю язвы;
 - 5 – лейкоцитарно – некротический слой
 - 6 – грануляционная ткань с полнокровными сосудами и клеточным инфильтратом
 - 7 – мышечный слой;

Микропрепарат № 192. Флегмонозный аппендицит с периаппендицитом.

(окраска гематоксилином и эозином)

Стенка аппендикса представляется сильно утолщенной. Границы отдельных слоёв неясные.

Воспалительные очажки сливаются, входящие в их состав лейкоциты инфильтрируют мышечный и серозный слои, могут проникать в лимфоидные фолликулы. Расширенные лимфатические сосуды заполнены большим количеством лейкоцитов и слущенными эндотелиальными клетками. На слизистой оболочке развиваются обширные изъязвления и массы распадающихся лейкоцитов проникают непосредственно в просвет отростка. В серозной оболочке обнаруживаются переполненные кровью сосуды и отложения фибринозно-гнойного экссудата на свободной её поверхности.



Обозначить:

- 1 – серозный слой с наложениями фибрина;
- 2 – мышечный слой;
- 3 – слизистая оболочка, сохранившая свою структуру;
- 4 – гиперплазированный фолликул;
- 5 – нейтрофильная инфильтрация стенки и серозной оболочки;
- 6 – изъязвление (отсутствие эпителиального покрова).

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Выберите один правильный ответ

1. ВОСПАЛЕНИЕ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ГЛОТКИ И НЁБНЫХ МИНДАЛИН

- 5. Гастрит
- 6. Эзофагит
- 7. Панкреатит
- 8. **Ангина**

2. ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 5. Панкреатит
- 6. Рак желудка
- 7. Холецистит
- 8. **Язвенная болезнь**

3. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

- 5. Хронического поверхностного гастрита
- 6. Хронического атрофического гастрита
- 7. Редких форм (эозинофильного, гранулематозного и др.)
- 8. **Смешанных**

4. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 5. **Рубцевание язвы**
- 6. Малигнизация
- 7. Желудочное кровотечение
- 8. Стеноз привратника

5. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

- 6. Некротического
- 7. Катарального
- 8. Фибринозного
- 9. Гнойного

10. **Атрофического**

6. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРЕН ПРИ

- 5. Хроническом поверхностном гастрите

- 6. Рецидивирующем остром эрозивном гастрите
 - 7. *Хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и тяжелой дисплазией эпителия*
 - 8. Аденоматозном полипе желудка
7. ОСЛОЖНЕНИЕМ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 5. *Малигнизация*
 - 6. Перфорация
 - 7. Перитонит
 - 8. Флегмона желудка
8. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- 6. *Поверхностного*
 - 7. Флегмонозного
 - 8. Флегмонозно-язвенного
 - 9. Апостематозного
 - 10. Гангренозного
9. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 5. Перфорация
 - 6. *Острая дилатация желудка в связи с рубцовым стенозом привратника*
 - 7. Желудочное кровотечение
 - 8. Пенетрация
10. К ОСЛОЖНЕНИЯМ АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- 6. *Малигнизации*
 - 7. Эмпиемы отростка
 - 8. Перитонита
 - 9. Пилефлебита
 - 10. Перфорация стенки аппендикса
11. К ФОРМАМ РАКА ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- 5. Бляшковидного
 - 6. Полипозного
 - 7. Диффузного
 - 8. *Билиарного*
12. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА
- 5. *Постоянное раздражение слизистой пищевода алкоголем и горячей пищей*
 - 6. Сенсibilизация организма
 - 7. Нарушение оттока желчи
 - 8. Длительное применение лекарственных веществ
13. МУКОЦЕЛЕ – ЭТО
- 5. Накопление в просвете червеобразного отростка серозной жидкости с расширением его просвета
 - 6. Накопление в просвете червеобразного отростка гнойного экссудата с расширением его просвета
 - 7. *Накопление в просвете червеобразного отростка слизистого секрета с расширением его просвета*
 - 8. Накопление в просвете червеобразного отростка геморрагического экссудата с расширением его просвета
14. К МАКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- 7. Глубокого дефекта округлой формы

8. Дно шероховатое
9. Края плотные, валикообразные

10. Края мягкие, не возвышаются над поверхностью окружающих тканей

11. Проксимальный край (обращенный к пищеводу) подрыт
12. Дистальный край (обращенный к привратнику) пологий

15. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ДНО ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА) ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

5. Фибриноидный некроз соединительной ткани и стенки сосудов
- 6. Мукоидное набухание соединительной ткани и стенки сосудов**
7. Слой грануляционной ткани
8. Слой грубой рубцовой ткани

16. К ГРУППАМ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 7. Эпителизации**
8. Язвенно-деструктивных
9. Язвенно-рубцовых
10. Малигнизации
11. Комбинированных
12. Воспалительных

17. К ОСТРОМУ АППЕНДИЦИТУ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

6. Простого аппендицита
- 7. Сложного аппендицита**
8. Поверхностного аппендицита
9. Деструктивного аппендицита
10. Язвенного аппендицита

18. БОЛЕЗНЬ КРОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

6. Наследственной предрасположенностью, молодым возрастом
7. Поражение илюцекальной области
- 8. Истончением стенки кишки, расширением просвета**
9. Наблюдается утолщение стенки с сужением ее просвета
10. Характерный вид кишки – «булыжная мостовая»

19. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

6. Наследственной предрасположенностью, чаще молодым возрастом
7. Поражен толстый кишечник
8. Воспаление наблюдается в слизистом и подслизистом слое
- 9. Воспалению не выражено**
10. Изъязвления обширные, сохраняются островки слизистой – «псевдополипы»

20. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ

7. Перфорация
8. Эмпиема отростка
9. Распространение гнойного процесса (периаппендицит, перитифлит)
10. Перитонит
11. Гнойный тромбофлебит сосудов брыжейки

12. Все верно

21. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

6. Атрофии слизистой оболочки
- 7. Гипертрофии слизистой оболочки**

8. Склероза стенки аппендикса
 9. Непостоянных воспалительно-деструктивных процессов
 10. Полной или частичной облитерации просвета
22. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
7. Разлитого гнойного воспаления стенки аппендикса
 8. Обширного некроза стенки с множеством колоний бактерий
 9. **Склероза стенки аппендикса**
 10. Резкого расстройства кровообращения (кровоизлияния, тромбоз)
 11. Утолщения стенки отростка
 12. Фибринозно-гнойного наложения на серозной оболочке
23. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
5. Гноя в просвете аппендикса
 6. Разлитого гнойного воспаления всей толщи стенки
 7. **Склероза стенки аппендикса**
 8. Воспаления серозной оболочки
24. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЛОКАЛИЗАЦИЯМ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
5. Малой кривизны
 6. Пилорического отдела
 7. Антрального отдела
 8. **Большой кривизны**
25. К СТАДИЯМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
5. **Псевдоэрозии**
 6. Эрозии
 7. Острой язвы
 8. Хронической язвы
26. ОБЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
5. **Нервные**
 6. Авитоминозы
 7. Затруднение моторики
 8. Ожирение
27. ВЕДУЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
5. Стафилококк
 6. Стрептококк
 7. **Хеликобактер пилори**
 8. Протей
28. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
5. Полнокровие и отёк слизистой
 6. Могут появиться эрозии
 7. Выраженная воспалительная инфильтрация
 8. **Атрофии слизистой оболочки желудка**
29. К МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОВЕРХНОСТНОМ ГАСТРИТЕ ОТНОСЯТ
5. **Воспалительный инфильтрат в поверхностных отделах слизистой**
 6. Метаплазию поверхностного и железистого эпителия
 7. Гипертрофию покровно-ямочного эпителия

8. Воспалительный инфильтрат занимает всю толщу стенки
30. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ПО ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗУ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

5. Гастрит А (аутоиммунный)
6. Гастрит В
7. Гастрит С (рефлюкс-гастрит)
8. **Гастрит Е (естественный)**

3) Решить ситуационные задачи:

Задача №9.

На вскрытии на задней стенке желудка по малой кривизне обнаружен дефект стенки диаметром 2 см с плотными краями, возвышающимися над поверхностью слизистой оболочки, дно его покрыто массами кофейного цвета. Такого же вида массы содержатся в полости желудка в объеме 500 мл. Дно дефекта упирается в поджелудочную железу и плотно с ней спаяно.

7. Какое заболевание желудка выявлено?
8. Перечислите его осложнения.
9. Объясните коричневый цвет содержимого желудка.

Задача №25.

На вскрытии обнаружено резко выраженное рубцовое сужение пищевода, истончение и охряно-жёлтый оттенок подкожной жировой клетчатки, уменьшение объема скелетных мышц, уменьшение размеров внутренних органов.

7. Назовите патологический процесс, раскрывающий сущность описанных изменений?
8. Объясните его причину?
9. Опишите изменения в печени и миокарде?

Задача №38.

У новорожденного на 3-ей неделе жизни началась упорная рвота. Проводимая консервативная терапия оказалась безрезультатной, наступило обезвоживание. Ребёнок загрузился в кому и спустя несколько суток, не приходя в сознание, скончался. На вскрытии: мягкие ткани и внутренние органы уменьшены в размерах, резко малокровные, серозные оболочки липнут к перчаткам, пилорический отдел желудка имеет вид трубки с плотной толстой стенкой и очень узким просветом.

2. Дайте название этого состояния?

Задача №62

Больной С. 41 год поступил в больницу с острыми болями в эпигастриальной области. При фиброгастродуоденоскопии выявлены 2 язвы в области дна желудка. В крови выявлено повышение гастрина, анемия. При исследовании поджелудочной железы обнаружено опухолевое образование в виде узла мягко-эластической консистенции диаметром 1 сантиметр. При гистологическом исследовании выявлены кубические клетки с гормональной активностью.

4. Что это за заболевание и как оно называется по автору?
5. Почему появились язвы в желудке?
6. Это образование доброкачественное или злокачественное?

4) Дать определение ТЕРМИНАМ: эзофагит, дивертикулит, регургитация, регургитационный эзофагит, гастрит, перигастрит, перитонит, коррозивный гастрит, рефлюкс-гастрит, пангастрит, хронический поверхностный гастрит, хронический атрофический гастрит, кишечная метаплазия эпителия, "энтеролизация" слизистой оболочки желудка, несовершенная регенерация эпителия желудка, метастатическая перестройка "профиля" слизистой желудка, симптоматические язвы, кислотно-пептический фактор, теория обратной диффузии водородных ионов, эрозия, язва, острая пептическая язва, хроническая рецидивирующая язва, бульбарная язва, постбульбарная язва, аррозивное кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцовый стеноз привратника, хлоргидропеническая уремия, болезнь Менетрие, бляшковидный рак желудка, полипозный рак желудка, фунгозный рак желудка, блюдцеобразный рак желудка, первично-язвенный рак желудка, язва-рак желудка, инфильтративно-язвенный рак желудка, ранний рак желудка, "вирховские метастазы", "шницлеровские метастазы", крукенберговский рак яичников, карциноматоз брюшины, канкрозный перитонит,

карциноматоз легких (плевры), симптоматические язвы, кислотно-пептический фактор, теория обратной диффузии водородных ионов, эрозия, язва, острая пептическая язва, хроническая рецидивирующая язва, бульбарная язва, постбульбарная язва, аррозивное кровотечение, перфорация, пенетрация, энтерит, колит, энтероколит, энтеропатии, синдром нарушенного всасывания, дисахаридазная недостаточность, кишечная лимфангиэктазия, глютеносенситивная энтеропатия, болезнь Уиппла, болезнь Крона, аппендицит, периаппендицит, мезентериолит, эмпиема аппендикса.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.5. Новообразования органов мочевыделительной системы

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить общую характеристику и классификацию болезней почек, этиологию и патогенез гломерулопатий, тубулопатий, морфологическую характеристику, осложнения и их исходы. Знать морфологическую характеристику приобретенных и наследственных гломеруло- и тубулопатий. Дать понятие о пиелонефрите, хронической почечной недостаточности.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия ревматических заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

- до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
- после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией почек.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Классификация гломерулопатий.
2. Первичные гломерулопатии. Классификация. Этиология, патогенез, морфологическая картина этих заболеваний. Осложнения. Исхода. Причины смерти.
3. Гломерулонефрит. Определение, классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти.
4. Определение, классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы нефротического синдрома.
5. Общая характеристика и классификация болезней почек.
6. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы и причины смерти при амилоидозе почек.
7. Определение, этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы острой почечной недостаточности.
8. Понятие о хронических тубулопатиях и тубуло-интерстициальных нефритах
9. Определение, этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения и исходы острого и хронического пиелонефрита.
10. Почечнокаменная болезнь и поликистоз почек.
11. Понятие о нефросклерозе и хронической почечной недостаточности как исходах многих болезней почек.
12. Общая характеристика и классификация болезней почек.
13. Опухоли почек. Определение, этиология, патогенез, морфологическая картина при разных гистологических типах опухолей почек.
14. Осложнения и исходы.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 251. Подострый гломерулонефрит.

Почка резко увеличена в размерах и массе, которая достигает 400 грамм, дряблой консистенции, поверхность её гладкая. Фиброзная капсула снимается легко, обнажая жёлто-серое, тусклое корковое вещество с красным крапом. На разрезе корковый слой резко расширен, бледно-жёлтый с множественными мелкоочечными кровоизлияниями ярко-красного цвета. Граница между корковым и мозговым веществом хорошо различима вследствие резкого полнокровия мозгового, которое выглядит синюшно-красным. Чашечно-лоханочная система в патологический процесс не вовлечена.

Быстро прогрессирующий гломерулонефрит чаще проявляется аутоиммунным заболеванием, таким как системная красная волчанка, синдром Гудпасчера, нежели как самостоятельная нозологическая единица. В этих случаях больные погибают обычно в течение нескольких месяцев от хронической почечной недостаточности.

Макропрепарат № 9. Вторично-сморщенная почка после междуточного нефрита.

Масса и размеры почки уменьшены. Капсула снимается с трудом, так как местами плотно сращена с паренхимой органа, отделяется с потерей вещества. Поверхность почки неравномерно бугристая с многочисленными грубыми западающими рубцами, часто сливающимися между собой. Западения при этом имеют довольно характерное строение. На поперечном разрезе видны пологие края и плоское дно, обычно не достигающее до мозгового вещества. В промежутках между рубцами почечная паренхима имеет обычный вид, если нет другого заболевания, поражающего почки.

Выраженный нефросклероз с явлениями тяжёлой почечной недостаточности с уремией чаще всего развивается как исход продуктивного воспаления при хроническом гломерулонефрите. Значительно реже причинами служат гипертоническая болезнь, сахарный диабет, амилоидоз.

Макропрепарат № 18. Большая сальная почка.

Почка увеличена, деревянистой плотности, бледная, капсула напряжена, снимается легко, оголяя

гладкую чистую розовую поверхность. На разрезе корковое и мозговое вещество расширены, бело-розового цвета с сальным блеском, граница между ними плохо различима. Водная проба отрицательная, но положительна макроскопическая проба Р. Вирхова (йодный раствор в кислой среде). Чашечно-лоханочная система макроскопически интактна.

Амилоидоз почек наблюдается почти в каждом случае вторичного амилоидоза, связанного с наличием туберкулёзных или гнойных очагов в организме, нередко при периодической болезни, ревматоидном артрите, средиземноморской лихорадке. Исход заболевания неблагоприятный, всегда отмечается неуклонная прогрессия процесса. Смерть наступает от нарастающей хронической почечной недостаточности (уремии).

Макропрепарат № 99. Почка при ОПН.

У ребёнка почки слегка увеличены в размерах, с подчёркнутой эмбриональной дольчатостью, дряблой консистенции. Поверхность органа гладкая, капсула снимается легко, обнажая пёструю поверхность. На разрезе корковый слой серо-жёлтого цвета, тусклый, за исключением узкой подкапсульной зоны, которая остаётся серо-красной. Местами заметны точечные кровоизлияния. Мозговой слой расширен, полнокровный, тёмно-красного цвета. Подобные изменения в почке носят симметричный характер и служат морфологическим субстратом острой почечной недостаточности.

Острый кортикальный некроз диагностируется при тяжёлых инфекциях, сепсисе, шоке, иногда при беременности.

Макропрепарат № 98. Хронический пиелонефрит с паранефритом.

Материал представлен почкой и окружающей её жировой тканью. Масса и размеры почки уменьшены. Паранефральная клетчатка и фиброзная капсула отделяются с трудом, плотно сращены с паренхимой органа. Поверхность почки неравномерно бугристая с многочисленными грубыми западающими рубцами, часто сливающимися между собой. Западения при этом имеют довольно характерное строение. На поперечном разрезе видны пологие края и плоское дно, обычно не достигающее до мозгового вещества. В промежутках между рубцами почечная паренхима имеет обычный вид. Чашечки и лоханка умеренно расширены, стенка их утолщена, уплотнена. Слизистая атрофирована, гладкая. Макроскопическим маркером хронического пиелонефрита является избыточное разрастание жировой ткани по ходу чашечно-лоханочной системы.

В этиологии ведущую роль играет восходящая инфекция за счёт, преимущественно, Грам-отрицательной флоры. Процесс чаще односторонний, в клинике проявляется хронической почечной недостаточностью. Хроническое воспаление в чашечках и лоханке служат фоном для формирования нефролитов.

Макропрепарат № 16. Камни в почке.

Размеры почки варьируют в зависимости от длительности заболевания, в исходе образуется вторично сморщенная почка. Форма почки крупнобугристая, капсула снимается с трудом, обнажая светло-коричневую пёструю поверхность. Пестрота обусловлена множественными мелкоочечными кровоизлияниями, очагами некроза, фиброза и воспаления. На разрезе корковое и мозговое вещество уменьшены в размерах, малокровные, граница между ними плохо различима. Чашечно-лоханочная система резко расширена и содержит камень, полностью повторяющий её контуры.

Среди осложнений особое место занимают острая задержка мочи, гидронефроз, пиелонефрит, абсцессы почки (апостематозный гнойничковый нефрит) с последующим появлением уросепсиса. В причинах нефролитиаза главенствуют хроническое воспаление чашечек и лоханки, врождённые аномалии развития почки и мочеточников, затруднения пассажа мочи, а также заболевания, связанные с нарушением метаболизма пуриновых оснований.

Макропрепарат № 58. Почечно-клеточный (гипернефроидный) рак.

Почка значительно увеличена, деформирована, с гладкой поверхностью. Большую часть органа занимает опухолевый узел, окружённый псевдокапсулой (фибропластическая реакция в сочетании с атрофией и некрозом прилегающей почечной паренхимы), которая по мере роста неоплазмы исчезает. Ткань опухоли желтоватого цвета, имеет пёстрый вид в связи с наличием очагов некроза, кровоизлияний различной давности, кист с прозрачной буроватой или кровянистой жидкостью.

Метастазирует рак почки преимущественно гематогенно, первые метастазы обычно выявляются в лёгких. Характерно прорастание карциномы в почечную вену и распространение по полой вене (вплоть до сердца).

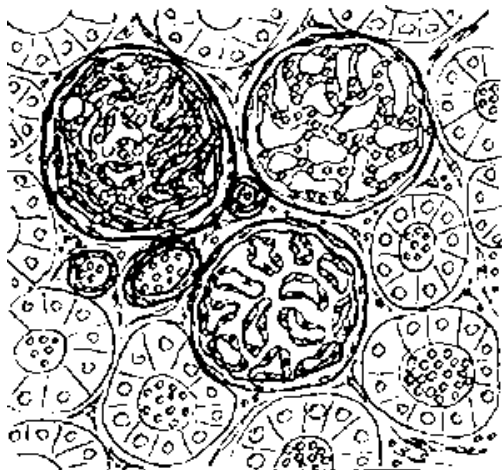
2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 201а. Интракапиллярный гломерулонефрит.

(окраска гематоксилином и эозином)

Сплетения клубочков представляются увеличенными, почти всецело заполняют просвет капсулы Боумена-Шумлянского, который сохраняется лишь в виде узкой щели. Количество клеток в сплетениях значительно больше, чем при нормальных условиях, что обусловлено, главным образом, размножением клеток

мезангия и эндотелиоцитов. В клубочках скапливаются лимфоциты, макрофаги и видны однородные массы свернувшегося белка. Эпителий почечных канальцев уплощен за счёт атрофии. Местами определяются фокусы гиалиново-капельной дистрофии, с исходом в коагуляционный некроз.



- Обозначить:
- 1 – увеличенный, богатый клетками клубочек;
 - 2 – запустевшие капилляры почечного клубочка;
 - 3 – почечные канальцы с явлениями гиалиново-капельной дистрофии и коагуляционного некроза.
 - 4 – обилие эритроцитов в просвете канальцев;

Микропрепарат № 202. Нефросклероз (окраска гематоксилином и эозином).

При микроскопии отмечается дисконфлексация почечной паренхимы, морфологическая картина характеризуется наличием многочисленных рубцовых участков, беспорядочно расположенных среди ещё сохранившихся канальцев. Гибнет только часть клубочков, развитие соединительной ткани происходит местами и неравномерно. Поражённая ткань остаётся богатой клетками лимфоцитарного ряда. Большая часть клубочков подвергается склерозу и гиалинозу. Вследствие наступившего сморщивания ткани клубочки лежат близко друг к другу, иногда небольшими группами. Нередко наблюдаются клубочки с утолщёнными, нерезко контурированными капсулами, местами приобретаая неправильный, как бы дольчатый вид. Эпителий канальцев атрофирован с признаками гиалиново-капельной дистрофии. Сохранившиеся отделы нефрона склонны к рабочей гипертрофии.



- Обозначить:
- 1 – атрофированный клубочек с утолщённой и склерозированной капсулой;
 - 2 – запустевший гиалинизированный клубочек;
 - 3 – атрофированные и дистрофически изменённые канальцы;
 - 4 – клеточная воспалительная инфильтрация;
 - 5 – сохранившиеся клубочки лапчатой формы

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Выберите один правильный ответ

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ (ГЛОМЕРУЛОПАТИИ) ЯВЛЯЕТСЯ

1. **Гломерулонефрит**
2. Хронический пиелонефрит
3. Поражение почек при сахарном диабете
4. Анальгетическая нефропатия

2. РАЗЛИЧАЮТ ТИП ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ

1. Активный
2. Персистирующий
3. **Подострый**

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. **Пролиферация клеток клубочка**

2. Фибриноидный некроз гломерулярных капилляров
3. Фокальный склероз сосудистого полюса клубочка
4. Выраженное утолщение базальных мембран капилляров
5. Некроз капиллярных петель

4. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ПОДОСТРОГО (БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО) ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Гиалиновые узелки на периферии клубочковых капилляров
2. Утолщение базальной мембраны клубочковых капилляров
3. **Образование "полулуний"**
4. Фибриноидный некроз артериол клубочка
5. Интерстициальный фиброз

5. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРНО

1. Гиалиновые капли на периферии капиллярных петель
2. Гиалиновое утолщение базальной мембраны капилляров
3. Ишемический коллапс клубочков
4. Капиллярные некрозы
5. **Линейные радиальные рубцы коркового слоя**

6. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1. Обструктивная нефропатия
2. Пестрая почка
3. **Синдром Альпорта**
4. Экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит

7. ПОДОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЛИПОИДНОГО НЕФРОЗА

1. Альбуминурией
2. Отеками
3. Повышенным содержанием в сыворотке крови холестерина
4. Гиперпротеинемией
5. **Гипертензией**

8. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КАНАЛЬЦЕВ (ТУБУЛОПАТИИ) ОТНОСИТСЯ

1. Нефропатия беременных
2. Опухоль Вильмса
3. Поражение почек при системной красной волчанке
4. **Поражение почек при миеломной болезни**

9. ОСНОВНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

1. **Лейкоцитарная инфильтрация интерстиция**
2. Дистрофические изменения канальцевого эпителия
3. Полнокровие юкстамедуллярной зоны почки

4. Белковые цилиндры в канальцах

10. ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ
 1. В клубочках
 2. **В проксимальных отделах нефрона**
 3. В дистальных отделах нефрона
 4. В собирательных трубках

11. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТСУТСТВУЕТ
 1. Протеинурия
 2. Гипопротеинемия
 3. **Дегидратация**
 4. Гиперлипидемия
 5. Липидурия

12. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩИМСЯ АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. **Ревматоидный артрит**
 2. Ревматизм
 3. Атеросклероз
 4. Гипертоническая болезнь
 5. Цирроз печени

13. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНА
 1. Большая сальная почка
 2. **Первично- сморщенная почка**
 3. Вторично- сморщенная почка
 4. Неравномерно рубцовые сморщенные почки
 5. Крупнобугристые сморщенные почки

14. ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ БЫВАЕТ
 1. Бактериальный
 2. Грибковый
 3. Вирусный
 4. **Все перечисленное**
 5. Ничего из перечисленного

15. К "ОСОБЫМ" ФОРМАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ
 1. Грибковый
 2. Рефлюксная нефропатия
 3. **Малакоплакия**
 4. Все перечисленное

16. К ИНФЕКЦИОННЫМ ПРОЦЕССАМ В ПОЧКАХ ОТНОСИТСЯ
 1. **Эпидемическая геморрагическая лихорадка**
 2. Малакоплакия
 3. Ксантогранулематозный пиелонефрит

4. Хронический пиелонефрит
5. Все перечисленное

17. ФОРМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Персистирующий нефрит
2. Рефлюксная нефропатия
3. ***Гиперчувствительный тубуло-интерстициальный нефрит***
4. Ксантогранулематозный нефрит

18. В ОСНОВЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА МОГУТ ЛЕЖАТЬ

1. Анальгетическая нефропатия
2. Литиевая нефропатия
3. Нефропатии, связанные с производством нитрозомочевины
4. ***Все перечисленное***
5. Ничего из перечисленного

19. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭНДО- ИЛИ ЭКЗОГЕННЫМИ ИММУННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ, МОГУТ БЫТЬ

1. При сифилисе
2. ***При системной красной волчанке***
3. При вирусной инфекции

20. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИММУННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С АНТИТЕЛАМИ И КЛУБОЧКОМ, НАБЛЮДАЮТСЯ

1. ***При синдроме Гудпасчера***
2. При В-К моль синдроме
3. При синдроме Олбрайта

21. ОБСТРУКТИВНЫЕ НЕФРОПАТИИ МОГУТ БЫТЬ

1. Неинфекционными
2. Инфекционными
3. Пионефроз
4. ***Все перечисленное***
5. Ничего из перечисленного

22. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ, СВЯЗАННЫЙ С ПАПИЛЛЯРНЫМИ НЕКРОЗАМИ, НАБЛЮДАЕТСЯ

1. При паратиреоидной остеодистрофии
2. ***При сахарном диабете***
3. При туберкулезе
4. При малакоплакии
5. При всех перечисленных болезнях

23. ОСТРЫЕ ТУБУЛЯРНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (НЕКРОЗЫ) МОГУТ БЫТЬ ВСЛЕДСТВИЕ

1. Переливания несовместимой крови
2. Синдрома раздавливания
3. Септицемии

4. Всего перечисленного

5. Ничего из перечисленного

24. К ВРОЖДЕННЫМ ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

1. Медуллярная кистозная болезнь (ювенильный нефронофтиз)

2. Семейный интерстициальный нефрит

3. Синдром Альпорта

4. Все перечисленное

5. Ничего из перечисленного

25. К ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ПРИ ГЛОМЕРУЛЯРНОЙ И СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ОТНОСЯТ

1. Острые и хронические гломерулопатии

2. Ишемическую атрофию

3. Первично- сморщенную почку

4. Вторично- сморщенную почку

5. Все перечисленное

26. ОСНОВНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Гистиоцитарная инфильтрация стромы почки

2. Склероз и гиалиноз капилляров внутреннего мозгового слоя и клетчатки ворот почек

3. Полнокровие юкстамедуллярной зоны органа

4. Мембранозная гломерулопатия

5. Жировая дистрофия эпителия извитых канальцев

27. МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ ОТ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Большая примесь макрофагов в инфильтрате

2. Линейные радиальные рубцы

3. Фиброз интерстиция

4. "Тиреоидизация" почки

5. Склероз и мононуклеарная инфильтрация чашечек и лоханки

28. НАИМЕНЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Перигломерулярный склероз

2. Коллапс стромы почки

3. Склероз и мононуклеарная инфильтрация интерстиция

4. Сужение мочевого пространства

5. "Тиреоидизация" почки

29. ПОДОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЛИПОИДНОГО НЕФРОЗА

1. Альбуминурией

2. Гипопротеинемией

3. Отеком

4. Гипертензией

5. Всем перечисленным

30. ГИАЛИНОЗ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ОБЫЧНО НЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1. *При остром гломерулонефрите*

2. При хроническом гломерулонефрите

3. При хроническом пиелонефрите

4. При артериолонефросклерозе

5. При всем перечисленном

31. ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

1. Пролиферация эндотелия капилляров клубочков

2. Утолщение капсулы клубочков

3. *Поражение одной почки*

4. Все перечисленное

5. Ничего из перечисленного

32. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ МЕМБРАНОЗНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

1. В проксимальных отделах собирательных канальцев

2. В дистальных отделах собирательных канальцев

3. В базальной мембране канальцев

4. *В базальной мембране капилляров клубочков*

3) Решить ситуационные задачи:

Задача №26.

У больного, страдающего фолликулярной ангиной (температура тела – 39°C), выражена тахикардия, при анализе мочи обнаружены следы белка. После выздоровления деятельность сердца нормализовалась, анализы мочи без отклонения от нормы.

1. Какой патологический процесс развился в миокарде и почках?

2. Как эти органы изменились макроскопически?

3. Какие возникли микроскопические изменения?

4. Какой морфогенетический механизм развития патологического процесса в почках, миокарде?

5. Почему деятельность почек и сердца нормализовалась после выздоровления больного?

Задача №44.

Ребёнок умер от острой почечной недостаточности через 1 месяц после того, как перенёс острое инфекционное заболевание, сопровождающееся мелкоточечной сыпью и ангиной с лимфаденитом.

1. Какое заболевание перенёс ребёнок?

2. Какова связь между этим заболеванием и причиной смерти?

4) Дать определение ТЕРМИНАМ: гломерулопатии, синдром Альпорта, нефросклероз, поликистоз почек, гломерулонефрит, гломерулит, нефротический синдром, синдром Гудпасчера, острый гломерулонефрит, быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, мезангиокапиллярный гломерулонефрит, фибропластический гломерулонефрит, болезнь Берже, "пестрая почка", "большая пестрая почка", "большая красная почка", интерпозиция мезангия, "вторично-сморщенная почка", азотемическая уремия, липоидный нефроз, тубулопатии, интерстициальный нефрит (тубуло-интерстициальный нефрит), пиелонефрит, почечнокаменная болезнь, нефросклероз, поликистоз почек, фибропластический гломерулонефрит, болезнь Берже, "пестрая почка", "большая пестрая почка", "большая красная почка", интерпозиция мезангия, "вторично-сморщенная почка", азотемическая уремия, липоидный нефроз, клеточная карцинома (гипернефроидный рак), опухоль Вильямса (нефробластома).

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ**Тема 4.6. Новообразования органов мужской и женской половой сферы****ЦЕЛЬ:**

Изучить общую морфологическую характеристику и классификацию заболеваний женской половой сферы; изучить общую морфологическую характеристику и классификацию заболеваний мужской половой сферы.

ЗАДАЧИ: Освоить патологические особенности новообразований органов женской и мужской половой сфер.

Обучающийся должен знать: морфологическую характеристику и классификацию заболеваний женской половой сферы, мужской половой сферы, заболевания, связанные с беременностью

Обучающийся должен уметь: патоморфологически уметь выявлять, идентифицировать новообразования органов женской и мужской половой сфер.

Обучающийся должен владеть: навыками постановки диагноза у лиц с болезнями гениталий и патологическими изменениями во время беременности.

Самостоятельная аудиторная работа:**1) ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:**

1. Классификация болезней женских половых органов и молочных желез, их характеристика.
2. Знать определение понятия «патология беременности», «гестоз», «преэклампсия», «эклампсия», «трофобластическая болезнь».
3. Знать определение понятия «болезни женских половых органов».
4. Классификация.
5. Болезни шейки матки (цервикальная эктопия, полип эндоцервикса, цервикальная интраэпителиальная

- неоплазия) этиология, патогенез, морфологические проявления. Осложнения и исходы.
6. Рак шейки матки. Классификация. Этиология, патогенез, морфологическая характеристика.
 7. Болезни тела матки. Гиперплазия эндометрия, виды, этиология, патогенез, морфологическая характеристика.
 8. Рак эндометрия. Полип эндометрия. Лейомиома матки, ее разновидности. Лейомиосаркома. Эндометриоз. Аденомиоз.
 9. Болезни маточных труб. Сальпингит, классификация, этиология, патогенез, морфологическая характеристика. Опухоли маточных труб.
 10. Опухоли яичников. Классификация (серозная цистаденома и цистаденокарцинома, муцинозная цистаденома и цистаденокарцинома, опухоль Бреннера, дисгерминома, Текома). Этиология, патогенез, морфологическая характеристика.
 11. Осложнения, исходы заболеваний женских половых органов.

2) Практическая работа

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Макропрепарат № 100. Псевдоэрозия шейки матки.

На гладкой, блестящей поверхности влажной части шейки матки в области наружного зева отмечается кровотокающий дефект в виде красноватого и слегка шероховатого пятна с довольно четкой неровной границей. Это ложная эрозия слизистой оболочки цервикального канала. Псевдоэрозия иногда приподнята над окружающей поверхностью шейки, особенно при гипертрофическом ее варианте. Границы истинной эрозии менее четкие, дно обычно западает и выполнено воспалительным фибринозным экссудатом. Эндоцервикоз возникает после перенесенных урогенитальных инфекций, а также при дисгормональных нарушениях, и относится к облигатному предраку.

Макропрепарат № 37. Фибринозный эндометрит.

Матка несколько увеличена, полость её расширена. На эндометрии наблюдаются пленки фибрина серо-желтого цвета, покрывающие всю полость матки. Миометрий дряблый, розово-серый, сосуды его расширены и полнокровны. На шейке матки следы ожога перманганатом калия чёрно-коричневого цвета. Экссудат при остром эндометрите фибринозно-гнойный, мышца при этом мягкая, сочная. В плотно инфильтрированной клетчатке параметрия тромбированные вены, служащие нередко источником инфицированных эмболов. Такой патологический процесс, как правило, развивается после родов или абортов.

Макропрепарат № 101. Трубная беременность.

В ампулярном отделе маточной трубы визуализируется утолщение, обусловленное эктопической беременностью. В просвете губчатая полнокровная ткань и плодное яйцо, пропитанные кровью. В этой зоне часты разрывы трубы. Тогда в брюшной полости обнаруживают большое количество крови со сгустками. Разрыв трубы обычно сопровождается коллапсом. Имплантация в узком истмическом или фимбриальном отделах может привести к полному трубному аборту с выпадением в брюшную полость всех тканей плодного яйца, даже без нарушения целостности трубы. Иногда прервавшаяся трубная беременность не сопровождается тяжелым кровотечением, заставляющим обратиться к врачу, а происходит постепенная организация погибшего плода и свертков крови с дальнейшей его резорбцией или мумификацией.

Макропрепарат № 102. Пузырный занос.

Плацента представлена гидропическим превращением ворсин хориона с резким увеличением их количества, в виде разрозненного конгломерата кист белесовато-серого цвета, напоминающих гроздь винограда, заполненных полупрозрачной жидкостью (плод при этом гибнет). Вростание ворсин хориона глубоко в миометрий приводит к деструктирующему (злокачественному) пузырному заносу, возможна плацентарная эмболия легких или перерождение в хорионэпителиому.

Макропрепарат № 57. Хорионэпителиома.

Размеры матки превышают норму в 2 раза, стенка её тестоватой консистенции, полость расширена, в области отверстий маточных труб диагностируется мягкий опухолевый узел ячеистого строения на широком основании, тёмно-красного цвета. Для хорионэпителиомы характерны обширные участки некроза и массивные кровоизлияния. Страдают беременные молодые женщины. Источником развития служит хориональный эпителий после пузырного заноса, аборта и родов. Карцинома синтезирует хорионический гонадотропин, поэтому в половине случаев сочетается с тека-лютеиновыми кистами обоих яичников. Распространяется по кровеносным сосудам во влагалище и лёгкие.

Макропрепарат № 103. Рак молочной железы.

Препарат представлен сектором молочной железы. Из его основания в ткань железы, имеющую желто-серый цвет и мягко-эластичную консистенцию, вростает опухолевый узел с нечеткими границами. Тяжи неоплазмы более плотные, серые, волокнистого строения. Так как опухоль обладает инфильтрирующим ростом, то прорастает дерму и тянет ее на себя, тем самым обуславливая деформацию грудной железы (феномен

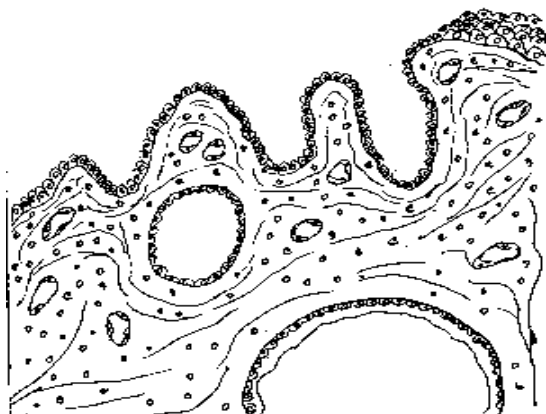
апельсиновой корки). Гистологически преобладают аденоарцинома и скирр.

2.2. Ракрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 203. Псевдоэрозия шейки матки.

(окраска гематоксилином и эозином)

В толще влагалищной порции шейки матки визуализируется изменение покрывающего эпителиального пласта в виде однослойного цилиндрического эпителия и скопления желез, местами погруженных в фиброзную ткань шейки. Некоторые железы кистозно расширены (Наботиевы кисты). Сосуды под эпителием полнокровны и придают макроскопически эрозии ярко-красный цвет. Для пролиферирующего эндоцервикоза характерно новообразование железистых структур, развивающихся из камбиальных элементов призматического эпителия канала шейки, способного дифференцироваться как в железистый, так и в плоский эпителий. При простом эндоцервикозе железы не имеют признаков новообразования. Для заживающего эндоцервикоза типично врастание в железы плоского эпителия и замещение им призматического.



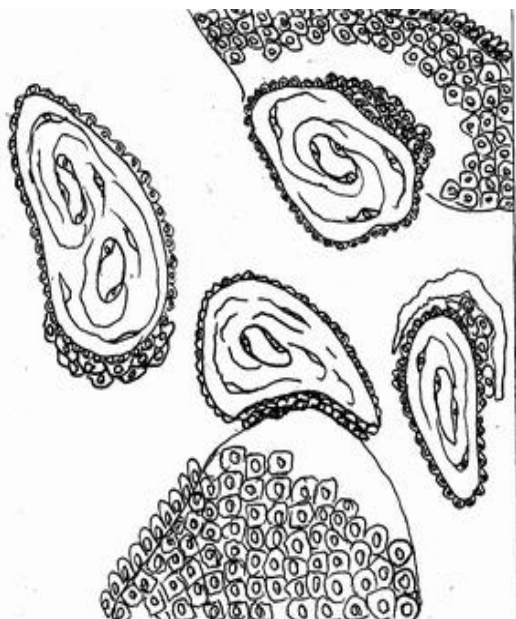
Обозначить:

- 1 – многослойный плоский неороговевающий эпителий;
- 2 – дефект ткани, выстланный цилиндрическим эпителием;
- 3 – погружение желёз в фиброзную ткань.

Микропрепарат № 205. Соскоб (аспират) из полости матки при беременности.

(окраска гематоксилином и эозином)

В полости матки определяется ткань эндометрия со светлыми железами и просветлённым набухшим эпителием. В месте соприкосновения децидуальной ткани с хорионическим эпителием видна зона коагуляционного некроза с выпадением фибрина. Фибриноидный некроз входит в состав базальной (слой Нитабух) и хориальной (слой Лангханса) пластин. Хорион формирует ворсины, образованные следующими структурами: в центральной части располагается кровеносный сосуд, окружённый рыхлой соединительной тканью. Внутренний слой цитотрофобласта представлен большими округлыми, овальными или полигональными светлыми децидуальными клетками, образующими «черепицеобразные» пласты. Снаружи располагается синцитиотрофобласт – двухслойный эпителий с базофильной цитоплазмой и интенсивно окрашенными ядрами. Наличие децидуальной ткани, слоя Нитабуха и ворсин хориона является основными признаками беременности.



Обозначить:

- 1 – ворсины хориона;
- 2 – сосуды, проходящие в центре ворсины;
- 3 – децидуальная ткань;
- 4 – фибриноидный некроз в месте прилегания хорионического эпителия (слой Нитабух).

Микропрепарат № 204. Аденокарцинома в соскобе из полости матки.

(окраска гематоксилином и эозином)

Опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины, клетки с признаками полиморфизма, гиперхромией ядер, наличием митозов. Во многих железах наблюдается стратификация эпителия (многорядность), иногда с образованием сосочков. Стромальный компонент карциномы выражен незначительно, секреторная функция желез практически отсутствует. Местами визуализируются участки некроза, окруженные воспалительным инфильтратом.

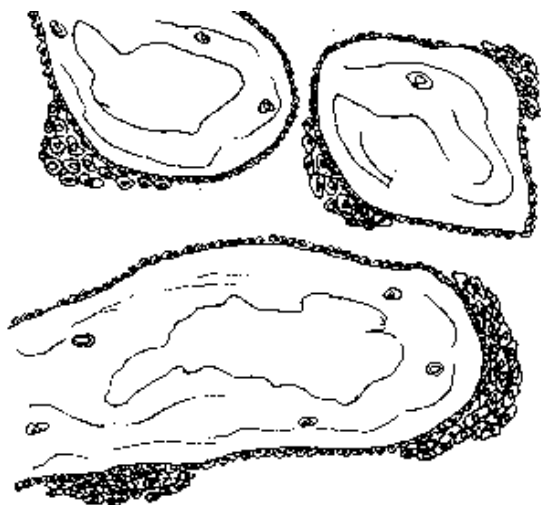
Обозначить:

- 1 – железистоподобные структуры;
- 2 – опухолевый эпителий с признаками клеточно-ядерного атипизма;
- 3 – опухолевая строма с элементами воспаления.

Микропрепарат № 206. Пузырный занос.

(окраска гематоксилином и эозином)

В соскобе из полости матки определяются многоядерные клетки синцитиотрофобласта и одноядерные клетки цитотрофобласта (клетки Лангханса) с более интенсивным окрашиванием ядер, имеющих различную величину и форму, неравномерное распределение хроматина. Ворсины крупные, кистозно-изменённые, сосуды в них отсутствуют. Фиброзная ткань отёчная, распадающаяся, в ней встречаются макрофаги Калечка.



Обозначить:

- 1 – кистозно-расширенные ворсины хориона;
- 2 – нарушение нормального строения ворсин (отсутствие сосудов).

Самостоятельная внеаудиторная работа:

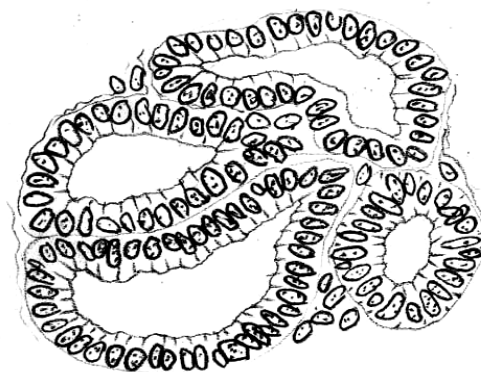
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы
ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Повторить соответствующие разделы нормальной анатомии, физиологии и гистологии, общей патологии (воспаления, метаболические нарушения, опухоли)
2. Знать определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с женской половой сферой.
3. Уметь давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

2) Решить ситуационные задачи:

Задача №33.

Больная жаловалась на наличие плотного опухолевидного узла в молочной железе. Произведена секторальная резекция железы, ткань её отправлена на гистологическое исследование. Обнаружен опухолевый диаметр 2 см, плотный, в капсуле, на разрезе белотяжистый. Гистологически опухоль представлена щелевидными железистыми образованиями, сдавленными разрастающейся соединительной тканью, преобладает над паренхимой.



узел розовый, которая дайте

6. Какая опухоль обнаружена в молочной железе, название?
7. Вид этой опухоли в зависимости от особенностей разрастания соединительной ткани?
8. Доброкачественная или злокачественная опухоль?
9. Обладает ли органоспецифичностью?

10. К какой категории заболеваний молочной железы относится?

Задача №46.

У девочки 2-х лет обнаружена опухоль, исходящая из стенки влагалища. Опухоль инфильтрирует стенку влагалища, имеет характер беловатых полипозных разрастаний, напоминающих гроздь винограда. При гистологическом исследовании обнаружено, что опухоль построена из атипичных клеток, в цитоплазме некоторых из них имеется поперечная исчерченность.

1. Дайте название опухоли, укажите прогноз заболевания?

Задача № 4

Больная жаловалась на наличие плотного опухолевидного узла в молочной железе. Произведена секторальная резекция железы, ткань ее послана на гистологическое исследование. Обнаружен опухолевой узел диаметром 2 см, плотный, в капсуле, на разрезе бело-розовый, тяжистый. Опухоль представлена щелевидными железистыми компонентами, сдавленными разрастающейся соединительной тканью, которая преобладает над паренхимой.

1. Какая опухоль обнаружена в молочной железе, дайте название?
2. Вид этой опухоли в зависимости от особенностей разрастания соединительной ткани?
3. Доброкачественная или злокачественная опухоль?
4. Обладает ли органоспецифичностью?

Ответы:

1. Интраканаликулярная фибroadенома молочной железы.
2. Фиброэпителиальное происхождение.
3. Доброкачественная.
4. Опухоль органоспецифичная.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.7. Новообразования эндокринных желез и АПУД - системы

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Узнать этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры. Получить понятие о дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты, болезни бери-бери, спру.

Задачи: Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Обучить давать их классификацию, морфологическую характеристику, знать осложнения, исходы, диагностировать их по макро- и микроскопической картине. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам. Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры.

Обучающийся должен знать:

3. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
4. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов эндокринной системы.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Строение и функции нейроэндокринной системы. Свойства гормонов, значение для организма.
2. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы заболеваний щитовидной железы.
3. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, причины смерти, исходы сахарного диабета.
4. Характеристика болезней околощитовидных желез, надпочечников, патологии эндокринного аппарата половых желез.
5. Строение и функции нейроэндокринной системы. Свойства гормонов, значение для организма.
6. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения, исходы болезней гипофиза.
7. Понятие о витаминах и их значение для организма.
8. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения при рахите.
9. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения при цинге (скорбуте).
10. Понятие о пеллагре, ксерофтальмии, дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты, бери-бери, спру.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ.

Макропрепарат № 105. *Паренхиматозный зоб.*

Щитовидная железа значительно увеличена в размерах и массе за счёт большой доли и перешейка, деформирована. Орган плотной консистенции, поверхность его крупнобугристая, покрыта серой полупрозрачной капсулой. На разрезе ткань щитовидной железы мясисто-красного цвета, однородная, зернистая, красно-коричневая.

Подобная патология щитовидной железы сопровождается гиперфункцией и явлениями тиреотоксикоза. Паренхиматозный зоб является морфологическим субстратом Базедовой болезни.

Макропрепарат № 106. *Коллоидный зоб.*

Размеры и масса доли щитовидной железы превышают норму в 2 раза. Она неоднородной консистенции, поверхность неравномерно бугристая, серо-коричневого цвета. На разрезе капсула органа хорошо

прослеживается на всём протяжении, паренхима пёстрога вида за счёт множественных узлов округлой формы, эластической консистенции, диаметром от 0,5 до 1,5 см, тёмно-красного цвета, блестящие, содержат стекловидный прозрачный коллоид. Ткань железы, разделяющая узловое образования, светло-коричневая, плотная.

Коллоидный зоб наиболее часто развивается в эндемичных по дефициту йода регионах и сопровождается гипер-, эу- или гипотиреозом.

Макропрепарат № 107. Рак щитовидной железы.

Препарат представлен частью доли щитовидной железы, которая увеличена в размерах, деформирована за счёт опухолевого узла диаметром до 2 см, шаровидной формы, плотной консистенции, границы его нечёткие, ткань карциномы однородная, серо-белого цвета.

Наиболее частыми гистологическими вариантами неоплазмы в щитовидной железе регистрируются папиллярный и фолликулярный рак. Сосочковый рак, как правило, не приводит к смерти и бывает случайной находкой при секции умерших от другой патологии. Фолликулярная карцинома рано даёт метастазы и сулит плохой прогноз заболевания.

Макропрепарат № 59. Аденома надпочечника.

Надпочечник представлен опухолевым узлом, ограниченным фиброзной капсулой, жёлто-оранжевого цвета и зернистого вида на разрезе, мягко-эластичной консистенции, размерами 4x1,5x2 см. Цвет опухолевой ткани обусловлен высоким содержанием нейтральных жиров и холестерина (используются при синтезе стероидных гормонов). Клинически гормонпродуцирующие опухоли коры надпочечников проявляются признаками тотального или парциального гиперкортицизма в виде синдрома Кушинга, первичного альдостеронизма, преждевременного полового созревания, мужского или женского гермафродитизма. Аденомы развиваются обычно на фоне диффузной или аденоматозной гиперплазии коры, которая по мере роста гормонально-активного новообразования может подвергаться атрофии.

Макропрепарат № 108. Атрофический склероз поджелудочной железы.

Материал представлен поджелудочной железой и плотно спаянной с ней брюшинной клетчаткой. Орган уменьшен в размерах преимущественно за счёт головки и тела, деформирован, плотной консистенции. На разрезе дольчатость железы плохо различима, ткань имеет серо-жёлтый цвет из-за замещения паренхимы органа соединительной и жировой тканью.

Такие изменения характеризуют хронический индуративный панкреатит, вызванный избыточной нагрузкой на экзокринную часть pancreas. В подобных случаях эндокринная функция органа, как правило, не снижается.

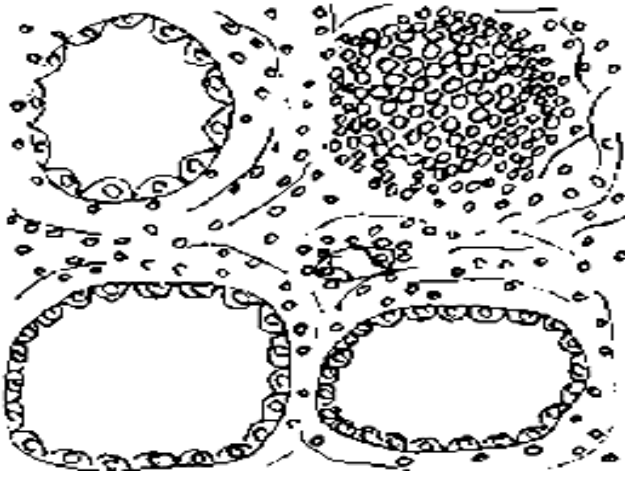
2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 305. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото).

(окраска гематоксилином и эозином)

Наиболее типичным для аутоиммунного тиреоидита является сплошная инфильтрация ткани щитовидной железы лимфоплазмочитарными элементами с формированием лимфоидных узелков с почти полной утратой структур из тироцитов. Среди густой лимфоцитарной инфильтрации можно наблюдать различные проявления регенераторного роста эпителия как в виде небольших островков светлых клеток с микрофолликулами и пластами из базофильных клеток без образования фолликулов, или в виде небольшого количества этих клеток. При эпителиальной гиперплазии при аутоиммунном тиреоидите, в отличие от железистой гиперплазии щитовидной железы, встречается эпидермоидная метаплазия эпителия. При этом небольшие пласты и тяжи из многослойного плоского эпителия, как правило, располагаются в железах с преобладанием склерозированной стромы. В исходе процесса происходит фиброзирование стромы органа, сопровождающееся нередко, гиалинозом с резким уменьшением количества плазматических клеток и лимфоцитов.

Аутоиммунный тиреоидит Хасимото рассматривается как классический пример аутоиммунного заболевания I типа.



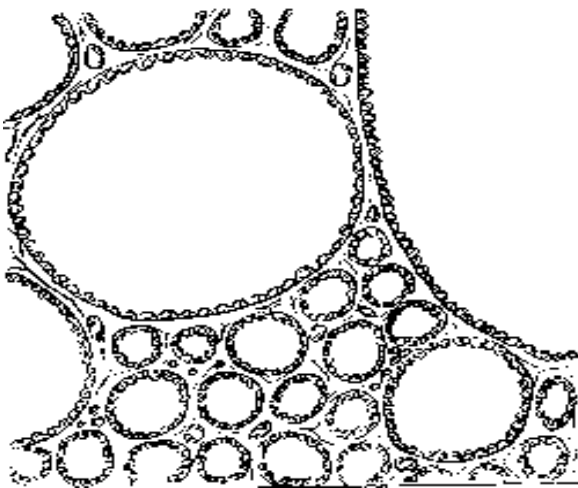
Обозначить:

- 6 - лимфоидный фолликул со светлым центром
- 7 - уменьшенные в размерах фолликулы щитовидной железы
- 8 - уплощенный эпителий
- 9 - коллоид
- 10 - лимфоцитарная инфильтрация

Микропрепарат № 35. Макро-микрофолликулярный зоб.

(окраска гематоксилином и эозином)

Ткань щитовидной железы представляется неоднородной. Полости большинства фолликулов сильно растянуты, в них под влиянием давления коллоида, происходит уплощение эпителия и истончение его стенки. Местами наблюдаются участки слияния двух соседних полостей. Коллоид полностью заполняет фолликулы и окрашивается в розовый цвет. Клетки фолликулярного эпителия подвергаются дистрофии, некрозу и располагаются среди коллоидной массы. При исследовании межфолликулярной ткани выявляется гиалиновое перерождение соединительнотканых прослоек, приобретающих характер утолщенных однородных тяжей.



Обозначить:

- 1 – чрезмерно растянутые полости фолликулов, выполненные коллоидом;
- 2 – межфолликулярная ткань;
- 3 – уплощенный фолликулярный эпителий.

Микропрепарат № 186. Базедов зоб.

(окраска гематоксилином и эозином)

Фолликулы щитовидной железы расширены и деформированы за счёт выраженной пролиферации фолликулярного эпителия, который становится высоким, типа цилиндрического, формирует сосочковые выросты (подушечки Садерсона). Фолликулы заполнены гомогенно-розовым, пенистым коллоидом, который не соприкасается с тироцитами. Межфолликулярные перегородки утолщены за счёт отёка, инфильтрированы лимфоцитами.



Ацинарный эпителий атрофирован.

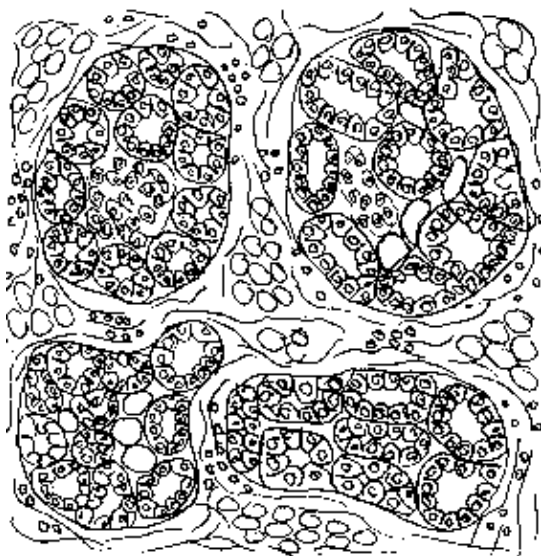
Обозначить:

- 1 – расширенные и деформированные фолликулы;
- 2 – высокий фолликулярный эпителий;
- 3 – подушечки Сандерсона;
- 4 – пенистый коллоид.

Микропрепарат №215. Поджелудочная железа при атрофическом панкреатите.

(окраска пикрофуксином по ванГизон)

В микропрепарате определяются значительные поля соединительной ткани (красного цвета), которые разделяют единичные, уменьшенные в размерах островки железистой ткани. Протоки деформированы, стенки их резко утолщены. Структура долек нарушена за счёт сдавления и замещения жировой тканью (липоматоз).



Обозначить:

- 1 – широкие фиброзные поля (красного цвета);
- 2 – деформированные протоки;
- 3 – атрофированные дольки железы;
- 4 – липоматоз.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ АПУД – СИСТЕМ, И ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

1. ПО ВНЕШНЕМУ ВИДУ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЗОБА

1. Узловатый
2. Диффузный
3. Смешанный
4. **Все перечисленное**
5. Только 1 и 2

2. К АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТАМ ОТНОСЯТ

1. Тиреоидит Хасимото
2. Тиреоидит Риделя
3. Тиреоидит де Кервена
4. **Все перечисленное**
5. Только 1 и 2

3. УНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

1. **Повышена**
2. Не изменена
3. Снижена
4. Верно 1 и 2
5. Верно 2 и 3

4. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

1. **Недостаток йода**
2. Избыток йода
3. Избыток калия
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

5. ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ

1. **Кретинизм**
2. Гигантизм
3. Акромегалия
4. Верно 2 и 3
5. Все перечисленное

6. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ВЗРОСЛЫХ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Базедовизм
2. **Микседема Иценко – Кушинга**
3. Синдром Кушинга
4. Все перечисленное
5. Только 1 и 3

7. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОТНОСЯТ

1. **Атрофия и склероз**
2. Гипертрофия и гиперплазия
3. Гнойное воспаление
4. Некроз

8. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Плазморрагия
2. **Атеросклероз**
3. Васкулит
4. Кальциноз

9. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Атеросклероз
2. Плазматическое пропитывание
3. Гиалиноз
4. Верно 1 и 2
5. **Верно 2 и 3**

10. СИНДРОМ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК НОСИТ НАЗВАНИЕ

1. Гиппель – Линдау
2. Шегрена
3. **Киммельстила – Уилсона**
4. Луи – Бара

11. ДИАБЕТИЧЕСКУЮ МАКРОАНГИОПАТИЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

1. Изменения в аорте
2. Атеросклероз
3. Изменения артериол и капилляров

4. **Верно 1 и 2**
5. Верно 2 и 3

12. ДИАБЕТИЧЕСКУЮ МИКРОАНГИОПАТИЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

1. Плазматическое пропитывание, гиалиноз
2. Атеросклероз
3. Изменения артериол и капилляров
4. Верно 1 и 2
5. **Верно 1 и 3**

13. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ, ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА

1. Инсулинзависимую
2. Инсулиннезависимую
3. Юношескую
4. **Верно 1 и 2**
5. Верно 1 и 3

14. РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА СВЯЗАНО С ИЗМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИИ

1. α - клеток
2. **β – клеток**
3. δ – клеток
4. ϵ - клеток
5. Всех перечисленных

15. ИЗМЕНЕНИЯ КЛУБОЧКОВ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. **Склерозом и гиалинозом**
2. Дистрофией
3. Атрофией
4. Гипертрофией

16. В ТОНКОМ СЕГМЕНТЕ НЕФРОНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Склерозом и гиалинозом
2. Атрофией
3. **Гликогенная инфильтрация**
4. Жировая дистрофия

17. ЭКССУДАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. «Фибриновые шапочки»
2. «Капсульные капли»
3. Гематоксилиновые тельца
4. **Верно 1 и 2**
5. Верно 1 и 3

18. ДИАБЕТИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМАХ, КРОМЕ

1. Диффузной
2. Узловой
3. **Смешанной**
4. Очаговой

19. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ, КРОМЕ

1. Диабетической комы
2. Синдрома Киммельстила – Уилсона
3. **Инфаркт миокарда**

4. Диабетической гангрены

20. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ I ТИПА (ИНСУЛИНЗАВИСИМЫЙ) ХАРАКТЕРИЗУТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

1. Более молодого возраста
2. Тяжелого и лабильного течения
3. Наклонности к кетоацидозу
4. **Отсутствия кетоацидоза**
5. Абсолютной недостаточности инсулина

21. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ II ТИПА (ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫЙ) ХАРАКТЕРИЗУТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

1. Зрелого и пожилого возраста
2. Относительно легкого течения
3. Отсутствия кетоацидоза
4. Относительной недостаточности инсулина
5. **Наклонности к кетоацидозу**

22. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КОМЫ, КРОМЕ

1. Диабетической (гипергликемической, кетоацидозной)
2. Молочнокислой
3. Гиперосмолярной
4. **Гипоосмолярной**
5. Гипогликемической

23. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗАДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА ВОЗНИКАЕТ

1. Болезнь Иценко – Кушинга
2. **Несахарное мочеизнурение (несахарный диабет)**
3. Акромегалия
4. Адипозогенитальная дистрофия

24. ПРИ АДЕНОМЕ ИЗ БАЗОФИЛЬНЫХ КЛЕТОК ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА ВОЗНИКАЕТ

1. **Болезнь Иценко – Кушинга**
2. Несахарный диабет
3. Акромегалия
4. Адипозогенитальная дистрофия

25. ПРИ АДЕНОМЕ ИЗ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ КЛЕТОК ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗНИКАЕТ

1. Болезнь Иценко – Кушинга
2. Несахарный диабет
3. Акромегалия
4. **Гигантизм**

26. ПРИ АДЕНОМЕ ИЗ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ КЛЕТОК ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА У ВЗРОСЛЫХ ВОЗНИКАЕТ

1. Болезнь Иценко – Кушинга
2. **Акромегалия**
3. Несахарное мочеизнурение (несахарный диабет)
4. Аддисонова болезнь

27. ПРИ РАЗВИТИИ ОЧАГОВ НЕКРОЗА В ГИПОФИЗЕ ВОЗНИКАЕТ

1. Акромегалия
2. **Церебрально-гипофизарная кахексия (болезнь Симмондса)**
3. Гигантизм

28. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО – КУШИНГА ЛЕЖИТ

1. **Гиперплазия базофильных клеток аденогипофиза**
2. Гиперплазия хромофобных клеток аденогипофиза
3. Гиперплазия эозифильных клеток аденогипофиза
4. Все перечисленное

29. В ОСНОВЕ АКРОМЕГАЛИИ ЛЕЖИТ

1. **Гиперплазия эозифильных клеток аденогипофиза**
2. Гиперплазия базофильных клеток аденогипофиза
3. Злокачественная опухоль гипофиза
4. Все перечисленное

30. ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПОПЛАЗИИ ГИПОФИЗА ХАРАКТЕРНО

1. **Уменьшение массы и объема гипофиза**
2. Уменьшение размеров турецкого седла
3. Исчезновение хромофобных клеток в передней доле гипофиза

31. ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГИПОФИЗЕ ХАРАКТЕРНЫ

1. **Для инфекционных заболеваний**
2. Для общего амилоидоза
3. Для заболеваний печени
4. Верно 1 и 2
5. Верно 1 и 3

32. КИСТЫ ГИПОФИЗА ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

1. В передней доле гипофиза
2. **В средней доле гипофиза**
3. В задней доле гипофиза

33. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО – КУШИНГА РАЗВИВАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

1. Верхнего типа ожирения
2. Гиперплазия коры надпочечников
3. Гипертонии
4. **Гипотонии**
5. Глюкозурии

34. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Дисфункция желез внутренней секреции
2. **Аденома околощитовидной железы**
3. Недоразвитие паратиреоидного аппарата
4. Все перечисленное
5. Только 1 и 3

35. ОСНОВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. **Гиперкальциурия**
2. Повышение уровня сиаловых кислот
3. Избыточное содержание белка в моче
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

36. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Множественные кровоизлияния в мягкие ткани
2. Системное рассасывание костной ткани (остеопороз)
3. Камни в почечных лоханках
4. Верно 1 и 2
5. **Верно 2 и 3**

37. ОСНОВНЫМИ МИКРОСКОПИЧЕСКИМИ НАХОДКАМИ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Множественные известковые метастазы
2. Обнаружение светлоклеточной (темноклеточной) аденомы
3. Гигантоклеточные опухоли («остеокластомы») в костях
4. **Все перечисленное**
5. Ничего из перечисленного

38. ПРОЯВЛЕНИЯМИ СВЕТЛОКЛЕТОЧНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Системное разрежение костей
2. Мочекаменная болезнь
3. Полигландулярная недостаточность эндокринных желез
4. **Верно 1 и 2**
5. Верно 1 и 3

39. ПРИ АДЕНОМЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ

1. Болезнь Иценко – Кушинга
2. **Паратиреоидная остеодистрофия**
3. Акромегалия
4. Несахарный диабет

40. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В СОСУДАХ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ ЛИПОГИАЛИН

1. Сыпной тиф
2. Туберкулез
3. Узелковый периартериит
4. **Сахарный диабет**
5. Гипертоническая болезнь

41. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ РАХИТА

1. Гиперкальциемия
2. Гиперфосфатемия
3. **Недостаток витамина D**
4. Избыток витамина D
5. Недостаток витамина C

42. ДЛЯ КАКОГО ЗОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА

1. Эндемический
2. Sporодический
3. Зоб Хашимото
4. **Базедов зоб**
5. Зоб Риделя

43. ПРОЯВЛЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Амилоидоз
2. Мукоидное набухание
3. **Атрофия β – клеток островков Лангерганса**
4. Гемосидероз
5. Некроз эпителия протоков железы

3) Решить ситуационные задачи:

Задача №36.

Новорожденный ребёнок, родившийся на 36 неделе беременности, с большой массой тела равной 4 кг, умер через несколько часов после рождения в состоянии асфиксии. На вскрытии констатирован багрово-синюшный цвет кожных покровов, петехии, пастозность мягких тканей, гепато-кардиомегалия

1. Какое состояние может быть заподозрено у новорожденного?

Задача №62

Больной С. 41 год поступил в больницу с острыми болями в эпигастральной области. При фиброгастродуоденоскопии выявлены 2 язвы в области дна желудка. В крови выявлено повышение гастрина, анемия. При исследовании поджелудочной железы обнаружено опухолевое образование в виде узла мягко-эластической консистенции диаметром 1 сантиметр. При гистологическом исследовании выявлены кубические клетки с гормональной активностью.

1. Что это за заболевание и как оно называется по автору?
2. Почему появились язвы в желудке?
3. Это образование доброкачественное или злокачественное?

4) Дать определение ТЕРМИНАМ: эндокринопатия, полигландулярная эндокринопатия, акромегалия, гипопитарный нанизм, церебрально-гипопитарная кахексия, болезнь Иценко-Кушинга, адипозогенитальная дистрофия, несахарный диабет, гигантизм, стрии, сахарный диабет, остеопороз, аддисонова болезнь, меланодермия, острая надпочечниковая недостаточность, супраренальная кахексия, зоб (струма), тиреоидит, тиреотоксикоз, микседема, Базедова болезнь, тиреотоксическое сердце, тиреотоксический фиброз печени, "антительные болезни рецепторов", тиреоидит Хашимото, зоб Риделя, паратиреоидная остеодистрофия, синдром Эллисона-Золлингера, гипогликемический синдром, диабетическая микроангиопатия, диабетическая микроангиопатия, липогиалин, диабетический гломерулосклероз, синдром Киммельстила-Уилсона, гиповитаминоз, авитаминоз, рахит, скорбут, ксерофальмия, пеллагра, краниотабес, остеофиты, рахитические четки, рахитические браслетки, цинга, язвенный глоссит, гемералопатия, кератомалиция.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ.

Тема 4.8. Новообразования кожи.

Цель: Показать разные виды опухолей визуальной локализации (кожи от невусов до меланом). Опухоли кожи относятся к опухолям, для обнаружения которых специальная аппаратура не требуется. Достаточно внимательно осмотреть пациента.

Задачи: Научить осматривать возможные места локализации новообразований кожи.

Обучающийся должен знать: возможные места нахождения и появления опухолей встречающихся поверхностно и доступны визуальному осмотру.

Обучающийся должен уметь: отличать по внешнему виду доброкачественное образование на коже от злокачественного по характерным признакам.

Обучающийся должен владеть: диагностическими приемами при подозрении на новообразование кожи.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования:

1. Рак кожи: общая характеристика
2. Понятие об облигатном предраке кожи
3. Клиническая картина и диагностика эпителиальных опухолей кожи
4. Патологоанатомические признаки базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи
5. Невусы: этиология, патогенез, патологоанатомические признаки.
6. Меланома: этиология, патогенез, патологоанатомические признаки.
7. Дифференциальный диагноз новообразований кожи.

2) Тестовый контроль:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какой рак является раком эпидермального происхождения?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	диффузный рак	
б	Базальноклеточный рак	+
в	тубулярный рак	
г	коллоидный рак	
д	железистый рак с солидизацией	

2.Какая опухоль является производной нейроэктодермы?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	фибросаркома	
б	рабдомиобластома	
в	меланома	+
г	синовиома	
д	гибернома	

3.Какой из перечисленных факторов оказывает наибольшее влияние на темп роста злокачественной опухоли?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	локализация опухоли	
б	пол пациента	
в	степень дифференцировки опухоли	+
г	состояние окружающей среды	
д	сопутствующие заболевания	

4.Заразен ли рак?

Поле для	Поле для отметки

выбора ответа	Выбор ответа	правильного ответа (+)
а	заразен	
б	не заразен	+
в	не установлено	
г	зависит от локализации опухоли	
д	зависит от степени дифференцировки рака	

5. Какой из признаков более всего указывает на злокачественность процесса?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тип роста опухоли	
б	мономорфизм клеток	
в	множество патологических митозов	+
г	наличие макрофагальных инфильтратов в опухоли	
д	наличие плазмоцитарных инфильтратов в опухоли	

6. Варианты комбинированного лечения меланомы вульвы?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	операция и адьювантная химиотерапия	
б	операция и адьювантная лучевая терапия	
в	операция и лечебная химиотерапия	+
г	операция и лучевая терапия	
д	лучевая терапия и операция	

7. Заболеваемость меланомой кожи

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	остаётся неизменной	
б	увеличивается	+
в	уменьшается	
г	увеличивается в детском возрасте	
д	увеличивается только в средних широтах	

8. На какое расстояние при иссечении пигментного невуса следует отступать от его края?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на 0,5 см	
б	на 1,0 см	+
в	на 2,0 см	
г	на 3,0 см	
д	граница иссечения не имеет значения	

9. Какая толщина меланомы кожи классифицируется как pT1?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного

		ответа (+)
а	на 0,75 см	+
б	на 1,5 см	
в	более 1,5 см	
г	до 4,0 см	
д	более 4,0 см	

10. Для радикального иссечения меланомы кожи конечностей и туловища следует отступать от ее наружного края?

Поле для выбора ответа	Выбор ответа	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не менее 0,5 см	
б	не менее 1,0 см	
в	не менее 2,0 см	
г	не менее 3,0 см	+
д	не менее 5,0 см	

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью ответов на контрольные вопросы:

Контрольные вопросы:

1. Предопухолевые заболевания кожи: общая характеристика.
2. Понятие об облигатном предраке кожи.
3. Понятие о факультативном предраке кожи.
4. Влияние длительных хронических воспалительных заболеваний кожи на развитие рака.
5. Профилактика, возможности ранней диагностики, клинические проявления предраковых заболеваний кожи.
6. Лечение больных с предраковыми заболеваниями кожи.
7. Рак кожи: общая характеристика.
8. Морфологические классификации эпителиальных злокачественных опухолей кожи.
9. Особенности гистогенеза базальноклеточного рака.
10. Особенности клинических форм и факторы прогноза при базальноклеточном раке кожи.
11. Морфологические особенности плоскоклеточного рака кожи.
12. Метастатический рак кожи, влияние формы роста и локализации опухоли на течение заболевания, особенности метастазирования.
13. Отечественная классификация рака кожи по стадиям распространенности опухолевого процесса.
14. Международная классификация рака кожи по системе TNM.
15. Клиническая картина и диагностика эпителиальных опухолей кожи.
16. Особенности локализации эпителиальных опухолей кожи.
17. Частота первично-множественных эпителиальных опухолей кожи.
18. Клинические формы эпителиальных опухолей кожи.
19. Особенности течения эпителиальных опухолей кожи.
20. Роль цитологического исследования в диагностике эпителиальных опухолей кожи.
21. Показания и методика биопсии эпителиальных опухолей кожи.
22. Общие принципы лечения эпителиальных опухолей кожи.
23. Влияние локализации эпителиальной опухоли кожи, формы ее роста, гистологической структуры, стадии заболевания и общего состояния больного на составление индивидуального плана лечения и прогноз.
24. Основные методы радикального лечения эпителиальных опухолей кожи.
25. Показания к комбинированному лечению эпителиальных опухолей кожи.
26. Роль хирургического метода лечения эпителиальных опухолей кожи.
27. Показания к хирургическому лечению как самостоятельному методу лечения эпителиальных опухолей кожи.
28. Хирургическое и электрохирургическое иссечение как компонент комбинированного лечения

эпителиальных опухолей кожи.

29. Показания к первичной кожной пластике эпителиальных опухолей кожи.

30. Методы кожной пластики эпителиальных опухолей кожи.

31. Роль хирургического метода в лечении рецидивов и метастазов эпителиальных опухолей кожи. 32.

Криогенный метод лечения эпителиальных опухолей кожи.

33. Лазерная терапия эпителиальных опухолей кожи.

34. Фотодинамическая терапия эпителиальных опухолей кожи. 3

5. Роль лучевых методов в лечении эпителиальных опухолей кожи.

36. Методы лучевой терапии в лечении рака кожи I стадии.

37. Лучевое лечение рака кожи II стадии.

38. Значение лучевых методов в лечении рака кожи III-IV стадии.

39. Критерии оценки эффективности лучевого лечения рака кожи.

40. Лучевое лечение рецидивов рака кожи.

41. Осложнения лучевого лечения эпителиальных опухолей кожи.

42. Показания к лекарственной терапии, в том числе и биотерапии эпителиальных опухолей кожи. 43.

Противоопухолевые препараты, методы введения, дозировки при лечении рака кожи.

44. Побочные реакции и осложнения при лекарственном лечении рака кожи.

45. Результаты лекарственного лечения рака кожи.

46. Оценка отдаленных результатов в зависимости от локализации, биологических особенностей опухолевого процесса при лечении рака кожи.

47. Пигментные невусы кожи как предопухолевые состояния меланомы.

48. Гистологическая классификация пигментных невусов.

49. Клинические формы, особенности течения пигментных невусов.

50. Меланоз Дюбрея.

51. Показания к лечению пигментных невусов.

52. Дифференциальная диагностика пигментных невусов.

53. Особенности клинической картины заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать пигментный невус (меланома).

54. Биологические особенности меланомы: роль эндокринных факторов, роль травмы.

55. Зависимость течения меланомы от локализации и формы роста.

56. Влияние иммунного статуса больных на течение меланомы.

57. Особенности гистологической структуры меланомы.

58. Зависимость прогноза меланомы от степени опухолевой инвазии (по Кларку и Бреслау).

59. Особенности лимфогенного и гематогенного метастазирования меланомы.

60. Эпидемиология меланомы.

61. Особенности стадирования и прогнозирования меланомы при 3-4 стадии заболевания.

62. Клиническая картина и диагностика меланом.

63. Роль анамнеза при меланомах.

64. Понятие о фазе активности невуса.

65. Особенности клинической картины меланомы в зависимости от локализации.

66. Редкие формы локализации меланомы (меланома глаза, прямой кишки).

67. Особенности клинического течения меланомы в зависимости от степени распространенности. 68.

Возможности цитологического исследования меланомы.

69. Значение радиоизотопной диагностики меланом.

70. Дифференциальная диагностика меланомы.

71. Особенности клинической картины заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать меланому (пигментные невусы).

72. Общие принципы лечения меланом.

73. Влияние локализации меланомы, темпа роста, стадии заболевания и общего состояния больного на составление индивидуального плана лечения.

74. Лечение первичного очага меланомы.

75. Лечение регионарных метастазов меланомы.

76. Принципы хирургического лечения меланом.

77. Показания к хирургическому непрерывному иссечению как к самостоятельному методу лечения меланомы.

78. Хирургическое вмешательство как элемент комбинированного лечения меланомы.

79. Первичная кожная пластика и ее методика (свободными кожными лоскутами, комбинированная) при лечении меланомы.

80. Эволюция взглядов на профилактическую лимфаденэктомию у больных меланомой.

81. Особенности хирургического лечения метастазов меланомы.

82. Возможности лучевой терапии в лечении рецидивов и метастазов меланомы.
83. Изолированная гипертермическая перфузия конечностей как метод лечения местных рецидивов меланом конечностей.
84. Оборудование, техника выполнения нормо- и гипертермической перфузии при лечении местных рецидивов меланом конечностей.
85. Определение концентрации химиопрепарата в перфузате, ткани, крови при химиоперфузионном лечении местных рецидивов меланом конечностей.
86. Лекарственная терапия меланомы кожи: общая характеристика.
87. Лекарственная терапия и иммунотерапия в лечении распространенных форм меланомы.
88. Место и возможности лекарственной терапии меланомы.
89. Использование полихимиотерапии при меланоме.
90. Изучение возможностей иммунотерапии и иммунопрофилактики в лечении распространенных форм меланомы.
91. Адьювантная иммунотерапия меланомы.
92. Экспериментальное лечение меланомы.
93. Непосредственные и отдаленные результаты лечения меланомы в зависимости от стадии заболевания и метода лечения.
94. Сочетание меланомы и беременности – драматическая ситуация.
95. Изменения кожи у беременных при меланоме.
96. Факторы риска беременности при меланоме.
97. Тактика ведения беременности при меланоме.
98. Прогноз для беременности при меланоме.
99. Прогноз для плода при меланоме у матери.
100. Лечение меланомы при беременности.
101. Неэпителиальные опухоли кожи: общая характеристика.
102. Клиника, диагностика неэпителиальных опухолей кожи. Классификация.
103. Клиника и диагностика опухолей доброкачественных волокнистой соединительной ткани. 104. Клиника и диагностика опухолей с местнодеструктивным ростом волокнистой соединительной ткани.
105. Клиника и диагностика злокачественных опухолей волокнистой соединительной ткани.
106. Клиника и диагностика доброкачественных опухолей жировой ткани.
107. Клиника и диагностика опухолей с местнодеструктивным ростом жировой ткани.
108. Клиника и диагностика злокачественных опухолей жировой ткани.
109. Клиника и диагностика доброкачественных опухолей из мышечной ткани.
110. Клиника и диагностика опухолей с местнодеструктивным ростом из мышечной ткани.
111. Клиника и диагностика злокачественных опухолей из мышечной ткани.
112. Клиника и диагностика опухолей сосудов кожи (ангиома, гемангиоэпителиома, гемангиоперцитома, неклассифицированные ангиогенные саркомы, саркомы Капоши).
113. Клиника и диагностика невrogenных опухолей кожи (нейрофиброматоз).
114. Дифференциальная диагностика: с эпителиальными злокачественными опухолями кожи, с пигментными невусами и меланомой, с метастазами в коже и гемобластомами.
115. Лечение неэпителиальных опухолей кожи.
116. Хирургическое лечение неэпителиальных опухолей кожи.
117. Показания к кожной пластике при хирургическом лечении неэпителиальных опухолей кожи. 118. Лучевое лечение неэпителиальных опухолей кожи.
119. Показания, способы лучевой терапии при неэпителиальных опухолях кожи, побочные реакции и осложнения.
120. Лекарственное лечение неэпителиальных опухолей кожи. Показания, препараты, дозы, режимы, побочные реакции и осложнения

3) Решить ситуационные задачи:

Задача №33.

Больная жаловалась на наличие плотного опухолевидного узла в молочной железе. Произведена секторальная резекция железы, ткань её отправлена на гистологическое исследование. Обнаружен опухолевый узел диаметром 2 см, плотный, в капсуле, на разрезе бело-розовый, тяжистый. Гистологически опухоль представлена щелевидными железистыми образованиями, сдавленными разрастающейся соединительной тканью, которая преобладает над паренхимой.

11. Какая опухоль обнаружена в молочной железе, дайте название?

12. Вид этой опухоли в зависимости от особенностей разрастания соединительной ткани?
13. Доброкачественная или злокачественная опухоль?
14. Обладает ли органоспецифичностью?
15. К какой категории заболеваний молочной железы относится?

Задача №15.

У больного на шее обнаружен пакет спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов плотной консистенции. При гистологическом исследовании биоптатов лимфоузла шеи отмечается пролиферация ретикулярных клеток, клеток Рид-Березовского-Штернберга, эозинофилов, плазмоцитов и лимфоцитов, а также участки склероза и некроза.

5. О каком заболевании идёт речь?
6. Назовите гистологический вариант этого заболевания?

Задача №2.

У больного обнаружено увеличение подмышечных лимфоузлов. Остальные лимфоузлы и внутренние органы не изменены. Общий анализ периферической крови в пределах нормы. При гистологическом изучении биоптата лимфоузла выявлено стирание его рисунка, отсутствие фолликулов, однообразный клеточный состав, представленный лимфобластами. Клетки прорастают капсулу лимфоузла.

2. Какой можно поставить диагноз?

Задача №63

Мальчик 8 лет предъявил жалобы на наличие узла на щеке, кровоточащего при минимальном повреждении. Ему было проведено иссечение узла диаметром 1 сантиметр, светло-коричневого цвета, мягко-эластической консистенции, поверхность гладкая без волос. Микроскопически обнаружены веретенообразные клетки, наличие многоядерных гигантских клеток, клетки расположены в виде гнёзд, в клетках обнаружено небольшое количество меланина.

1. Что это за образование?
2. Доброкачественное или злокачественное?
Способно ли оно малигнизировать и метастазировать?

Задача №64

Темнокожий мужчина, 35 лет, обратился с жалобами на боль в большом пальце левой ноги. Боль возникла 4 месяца назад, но особенно усилилась в последние 10 дней и стала нестерпимой, год назад заметил, что ноготь на большом пальце начал темнеть. Объективно: ногтевая пластинка большого пальца приподнята, черно-коричневого цвета, деформирована, расщеплена, задний и боковые ногтевые валики пигментированы – коричневого цвета, отмечается гиперемия, отек. Данные биопсии: гнезда из полиморфных атипичных меланоцитов с однородными гиперхромными ядрами и эозинофильными ядрышками. Определяются признаки митоза. В цитоплазме – большое количество пигмента. Наблюдается инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками.

1. Вид и название патологического процесса?
2. Характер и фазу роста?

Задача №2.

У больного обнаружено увеличение подмышечных лимфоузлов. Остальные лимфоузлы и внутренние органы не изменены. Общий анализ периферической крови в пределах нормы. При гистологическом изучении биоптата лимфоузла выявлено стирание его рисунка, отсутствие фолликулов, однообразный клеточный состав, представленный лимфобластами. Клетки прорастают капсулу лимфоузла.

3. Какой можно поставить диагноз?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.9. Новообразования нервной системы

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить особенности роста опухолей нервной и меланинообразующей тканей, тератом и тератобластом согласно принципам классификации этих опухолей; научиться различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Задачи: Получить знания об особенностях роста опухолей согласно принципам классификации, уметь различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы опухолей из меланинообразующей и нервной ткани;

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Этиология, пато- и морфогенез, классификация опухолей нервной и меланинообразующей тканей, тератом и тератобластом.
2. Макро- и микроскопическая характеристика, особенности роста, метастазирования вышеперечисленных опухолей.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 70. Глиобластома.

Размеры головного мозга увеличены, полушария ассиметричны, извилины сглажены, борозды расширены. Мягкая мозговая оболочка гладкая, прозрачная, блестящая. В белом веществе полушария

головного мозга чётко контурируется опухолевый узел шаровидной формы 5 см в диаметре, мягкой консистенции, серо-розового цвета. В толще неоплазмы визуализируется обширное поле тёмно-красного цвета, дряблой консистенции, обусловленное кровоизлиянием и вторичной маляцией тканей. Боковой желудочек на стороне поражения уменьшен в размерах, сдавлен. Эпендима желудочков не изменена. Новообразование развивается из клеточных элементов астроцитарной глии, не метастазирует. Патогистологически астроцитомы имеют черты дифференцированной (доброкачественной) опухоли, но клинически протекает злокачественно, смерть наступает от дислокации стволовой части головного мозга с вклиниванием и ущемлением в большом затылочном отверстии.

Макропрепарат № 65. Невринома слухового нерва.

На основании головного мозга в области левого мосто-мозжечкового угла диагностируется шаровидная опухоль, исходящая из оболочек VIII пары черепно-мозговых нервов, диаметром 2 см, плотно-эластической консистенции. На разрезе узел серо-розового цвета, однородный, окружён хорошо выраженной капсулой. Неоплазма развивается из леммоцитов, гистологически зрелая опухоль, клинически также протекает доброкачественно в связи с тем, что не метастазирует, а из-за маленьких размеров не приводит к смещению и сдавлению структур головного мозга. Ведущий клинический симптом обусловлен изменением функции поражённого нерва.

Макропрепарат № 68. Меланома глаза.

Опухоль имеет вид рыхлой сине-чёрной бляшки, располагающейся на заднем полюсе внутренней оболочки глаза. Меланома отслаивает сетчатку глаза, инфильтрирует цилиарное тело. Новообразование происходит из меланоцитов сетчатки глаза, макроскопически представляет собой нодулярную форму, отличающуюся самой высокой злокачественностью из-за инфильтрирующего роста. Клетки злокачественной опухоли меланиобразующей ткани распространяются по кровеносным, лимфатическим сосудам и имплантационно (периневрально). Наичаще больные погибают от метастазов в головной мозг.

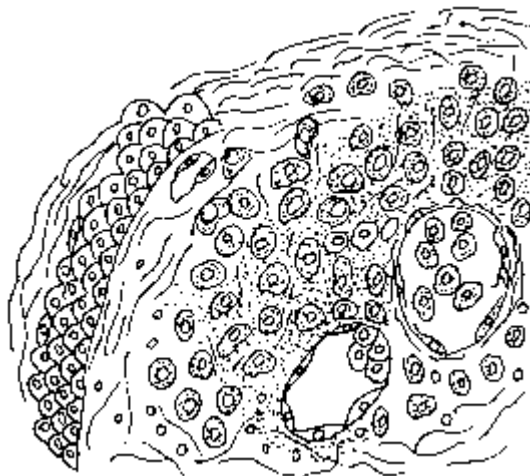
Макропрепарат № 66. Меланома. Метастаз в головной мозг.

Масса головного мозга ребёнка увеличена, полушария симметричны, извилины немного сглажены, борозды расширены. Мягкая мозговая оболочка умеренно полнокровная, тонкая, прозрачная. На разрезе в белом веществе лобных долей обоих полушарий головного мозга выявляются метастатические очаги чёрного цвета с неровными краями, четкими границами, крошащиеся. Наиболее вероятный путь проникновения – периневральный из меланомы сетчатки глаза.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 116. Меланома кожи (окраска гематоксилином и эозином).

Опухоль состоит из полиморфных (веретенообразных, пластинчатых и неправильной формы, часто многоядерных) клеток, которые содержат гранулы черно-бурого пигмента (меланина). Ядра клеток новообразования неправильной формы с грубодисперсным хроматином и крупными ядрышками, видны многочисленные митозы, в том числе и патологические. Неоплазма исходит из базального слоя эпидермиса, инфильтрирует дерму и прилежащие отделы жировой клетчатки. В некоторых случаях возможно внутридермальное распространение бластомы.



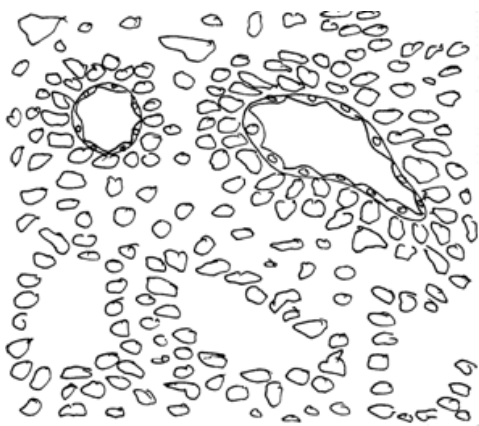
Обозначить:

- 4 - эпидермис;
- 5 - полиморфные опухолевые клетки злокачественной меланомы
- 6 - внутриклеточные скопления пигмента (меланина)

Микропрепарат № 114. Мультиформная глиобластома (окраска по ван Гизон (пикрофуксином)).

Ткань опухоли представлена низкодифференцированными мелкими округлыми или веретенообразными клетками с гиперхромным ядром и многочисленными митозами. Для глиобластомы характерны «псевдорозетки» - очажки коагуляционного некроза, окруженные валом радиально расположенных опухолевых

клеток. Также определяется пролиферация эндотелиальных и адвентициальных клеток с формированием сосудистых клубочков.



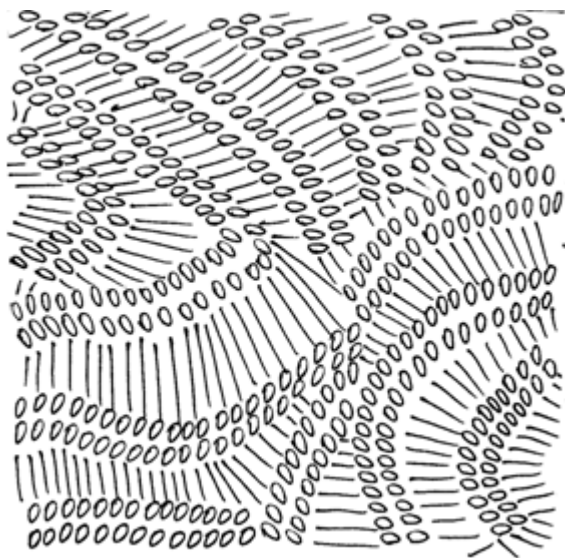
Обозначить:

- 6 - сосуды
- 7 - ядра клеток глиобластомы
- 8 - участки некроза
- 9 - волокна нейроглии
- 10 - «псевдорозетки»

шваннома)

(окраска гематоксилином и эозином)

Невринома формируется переплетающимися пучками или тяжами клеток с нечеткими границами слабобазофильной цитоплазмы и овальными или вытянутыми ядрами. Они заключены в нежно-петлистую сеть аргирофильных волокон с небольшой примесью коллагеновых. Клеточно-волоконистые пучки располагаются беспорядочно или формируют своеобразные ритмические структуры в виде «завихрений», параллельных рядов или «палисадных» структур, сетчатых переплетений, содержащих в петлях аморфную слизистого вида массу. Можно обнаружить тельца Верокаи, представляющие собой извилистые лентовидные образования, состоящие из двух параллельных рядов правильно ориентированных клеток, расположенных в виде частоккола. Характерно наличие сосудов, иногда расширенных, нередко с тромбозом просвета, фиброзом и гиалинозом атипично построенных стенок. Встречаются очаги дистрофии и мелкие кисты, выполненные слизисто-подобным веществом.



Обозначить:

- 4 - атипичные опухолевые клетки, создающие ритмичные структуры (тельца Верокаи)
- 5 - петлистая строма
- 6 - сосуды с расширенными просветами

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ОПУХОЛИ ИЗ НЕРВНОЙ И МЕЛАНИОБРАЗУЮЩЕЙ ТКАНИ

Выберите один правильный ответ

1. МЕЛАНОМА КОЖИ РАЗВИВАЕТСЯ НА ОСНОВЕ

1. Внутридермального невуса

2. *Меланоцитарной дисплазии*
 3. Пигментного пятна
 4. Витилиго
 5. Лентиго
2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕЛАНОМЫ
1. *Кожа*
 2. Глаз
 3. Прямая кишка
 4. Ротовая полость
 5. Легкие
3. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ МЕЛАНОМЫ
1. Злокачественная
 2. Метастазирует
 3. *Растет экспансивно*
 4. Может быть беспигментной
 5. Рецидивирует
4. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ НЕВУСА
1. Опухолеподобное образование
 2. Опасен при наличии дисплазии
 3. *Всегда малигнизируется*
 4. Может быть беспигментным
 5. Типичная локализация кожи
5. ВЫДЕЛИТЕ НЕВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТИПОВ МЕЛАНОЦИТАРНОЙ ДИСПЛАЗИИ
1. Атипическая лентигинозная
 2. Атипическая «педжетоидного» типа
 3. Эпителиоидная
 4. *Макрофагальная*
6. ДЛЯ МЕЛАНОМЫ ТИПА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ЛЕНТИГО НЕ ХАРАКТЕРНО
1. Атипичная лентигинозная меланоцитарная дисплазия
 2. Инвазия в сосочковый слой дермы
 3. *Эпителиоидная дисплазия*
 4. Фаза вертикального роста
7. УЗЛОВАЯ ФОРМА МЕЛАНОМЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У
1. *Мужчин*
 2. Женщин
 3. Детей
8. АКРАЛЬНО-ЛЕНТИГИНОЗНАЯ МЕЛАНОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ
1. *На коже ладоней, подошв, подногтевом ложе*
 2. В ротовой полости
 3. В легких
 4. На коже волосистой части головы
9. ВЫБЕРИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНУЮ СТАДИЮ ИНВАЗИВНОГО РОСТА МЕЛАНОМЫ ПО КЛАРКУ
1. Эпидермальный уровень
 2. *Дермальный уровень*
 3. Инвазия меланомы в сосочковый слой дермы

4. Сосочково-ретикулярный уровень инвазии дермы, характеризующийся разрастанием опухоли в сосочковом слое, опухолевая инфильтрация достигает ретикулярного слоя, не прорастая в него
5. Прорастание опухоли в ретикулярной слой дермы
6. Опухоль распространяется в подкожный жировой слой

10. ОПУХОЛИ ЦНС ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА

1. Нейроэктодермальные и менингососудистые

2. Пигментные и беспигментные
3. Экзофитные и эндофитные
4. Органоспецифические
5. Местные и генерализованные

11. К ОПУХОЛЯМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

1. Дерматофиброма
2. Шваннома
3. Глиобластома
- 4. Ганглионеврома**
5. Десмоид

12. УКАЖИТЕ ОПУХОЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Неврилеммома

2. Астроцитомы
3. Эпиндимомы
4. Ганглионейробластома

13. ОПУХОЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ

1. Параганглиев
2. Симпатогоний
3. Леммоцитов
4. Шванновских клеток
- 5. Ганглионейроцитов**

14. КЛЕТКИ ПЕРИЦИТАРНОГО ХАРАКТЕРА МОГУТ БЫТЬ ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ

1. Миосарком
2. Фибросарком
3. Липосарком
- 4. Ангиосарком**
5. Синовиальных сарком

15. К НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

6. Менингососудистых

1. Эмбриональных
2. Астроцитарных
3. Нейрональных
4. Олигодендроглиальных

16. ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС МОГУТ БЫТЬ

1. Леммоциты
2. Симпатогонии
3. Клетки нехромаффинных параганглиев
- 4. Глиобласты**
5. Меланоциты

17. НАЗОВИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННУЮ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ ЦНС

- 1. Эпиндимомы**
2. Ганглионеврома

3. Хориоидкарцинома
 4. Астробластома
 5. Медуллобластома
18. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЗРЕЛУЮ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ ЦНС
1. Медуллобластома
 2. Астробластома
 3. Ганглионейробластома
 4. Глиобластома
 5. **Астроцитомы**
19. КАКОЙ РАЗЛИЧАЮТ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД АСТРОЦИТОМ
1. Папиллярная
 2. **Фибриллярная**
 3. Экстрocereбральная и интрацеребральная
 4. Интраканаликулярная
 5. Пигментная и беспигментная
20. ДЛЯ АСТРОЦИТОМ ХАРАКТЕРНО
1. **Медленный рост**
 2. Быстрый рост
 3. Вторичные изменения в опухолевом узле
 4. Гематогенные метастазы
 5. Имплационные метастазы
21. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ
1. Зрелая опухоль
 2. **Незрелая опухоль**
 3. Нейроэктодермальная опухоль
 4. Опухоль из меланоцитов
 5. Менингососудистая опухоль
22. ИСТОЧНИКАМИ РАЗВИТИЯ МЕНИНГОСОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. Мягкая мозговая оболочка
 2. Арахноидэндотелия
 3. Менингоэпителия
 4. **Ганглиозных клеток**
 5. Хориодэпителия
23. МЕНИНГОСОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ ДЕЛЯТСЯ НА
6. Фибриллярно - протоплазматические
 7. Фибриллярные
 8. Интра – и периканаликулярные
 9. **Доброкачественные и злокачественные**
 10. Протоплазматические
24. К МЕНИНГОСОСУДИСТЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1. Арахноидэндотелиома
 2. Менингеальная саркома
 3. **Глиобластома**
 4. Менингиома
25. ГАНГЛИОНЕЙРОЦИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ
1. **Ганглиоцитомы**
 2. Хориодкарциномы

3. Нейробластомы

4. Шванномы

26. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩУЮ ФОРМУ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА

1. Первичную

2. Вторичную

3. Доброкачественную и злокачественную

4. **Периферическую**

27. В ЦИТОПЛАЗМЕ КЛЕТОК МЕЛАНОМЫ НАКАПЛИВАЕТСЯ ПИГМЕНТ

1. Гемосидерин

2. Формалиновый пигмент

3. Липопигмент

4. **Меланин**

5. Гемомеланин

3) Решить предложенные ситуационные задачи

Задача №50.

Мальчик трех лет умер в онкологическом отделении. Во время болезни у ребенка наблюдались неустойчивая походка и трясущиеся движения конечностей, недержание мочи и кала. Два года назад была проведена операция по удалению новообразования в мозге (червь мозжечка, субтотальная резекция). При вскрытии кора и белое вещество полушарий большого мозга истончены. Желудочки мозга расширены. По ходу циркуляции цереброспинальной жидкости обнаружены разросшаяся глиозная ткань, утолщение и сращение мозговых оболочек. Объем ликвора в вентрикулярном пространстве аномально повышен. В головном мозге обнаружено узловое образование в задней черепной ямке в области средней линии мозжечка. Макроскопически опухоль представляет собой мягкий узел серовато-розового цвета, без четких границ, диаметром 3 см. Микроскопически образование состоит из густо расположенных низкодифференцированных клеток, образующих своеобразные структуры в виде правильных и беспорядочных рядов, которые сравнивают с «грядками» или «колоннами». Также диагностируются структуры в виде «розеток», образованных кольцевидно расположенными опухолевыми клетками, отростки которых сходятся в центре розетки. Много митозов. Наряду с гиперхромными, округлыми ядрами в клетках встречаются овальные и вытянуто-овальные, удлинённые, а также более крупные светлые ядра с четким ядрышком. Строма опухоли содержит небольшое количество мелких, тонкостенных сосудов. Рост новообразования инфильтративный с прорастанием прилежащей ткани и мягкой оболочки мозга.

1. Какой вид опухоли?

Задача №49.

При вскрытии женщины 22 лет в головном мозге обнаружено опухолевидное образование в области дна III желудочка. Макроскопически опухоль представлена узлом округлой формы, диаметром 3 см, плотно-эластической консистенции с нечетко выраженной границей. На разрезе ткань опухоли белесовато-серого цвета, волокнистого вида. Микроскопия: образование состоит из компактно расположенных клеток с округлыми, крупными ядрами и хорошо заметным ядрышком. Часть клеток имеет эозинофильную цитоплазму. Местами выявляются участки ячеистого строения, состоящие из клеток со светлой, оптически пустой цитоплазмой. Скопления клеток разделены полосками нейропиля. Богато васкуляризованы, выявляются фигуры митоза. Ганглиозные клетки опухоли расположены беспорядочно, они различной величины, неправильной формы. Тигроидное вещество распределено по всей клетке, в некоторых клетках не определяется.

1. Какой вид опухоли?

№48.

Больная О., 38 лет обратилась к врачу по поводу интенсивных головных болей, более выраженных по утрам, головокружений, тошноты. У женщины наблюдалась неустойчивость при проведении пробы Ромберга. Также предъявляла жалобы на частый подъем артериального давления до 140/100 мм.рт.ст. При проведении КТ головного мозга в обоих полушариях мозжечка обнаружены множественные - 10 узлов, плотной консистенции, без четких границ, размерами 0,5-2 см. Общий анализ мочи в норме. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез = 2000мл, плотность мочи = 1,022. Анализ мочи по Нечипоренко: содержание лейкоцитов 3 в поле зрения, эритроцитов 1 в поле зрения, цилиндров – 10 в 1 мл. Из анамнеза: 2 года назад проведена мастэктомия по поводу рака молочной железы.

1. Какой диагноз?

4) Дать определение следующим ТЕРМИНАМ: глиома, глиобластома, астроцитомы, астробластома, олигодендроглиома, олигодендроглиобластома, эпендимома, ганглионеврома, нейробластома, седуллобластома, менингиома, псаммомные тельца, параганглиома, симпатобластома, невриммома, нейрофиброма, тератома, тератобластома, невус, меланома.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.10. Новообразования костной и хрящевой ткани

Цель: разобрать новообразования костной и хрящевой тканей

Задачи: научить разбираться в опухолях костной и хрящевой ткани, патоморфозе, прогнозе.

Обучающийся должен знать: патологию костной и хрящевой ткани,

Обучающийся должен уметь: давать клинико-морфологическую характеристику этим опухолям;

Обучающийся должен владеть: методами верификации данных новообразований

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Контрольные вопросы

1. Перечислите симптомы, входящие в состав «опухолевого симптомокомплекса».

2) Тестовый контроль:

Тест I

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. В состав «опухолевого симптомокомплекса» входят:

- а) ухудшение аппетита и связанное с этим похудание;
- б) бледность кожных покровов;
- в) отеки;
- г) необъяснимые подъемы температуры;
- д) тахикардия.

2. Ранними признаками опухоли височной доли головного мозга являются:

- а) диэнцефальные расстройства;
- б) симптомы повышения внутричерепного давления;
- в) изменение поведения, снижение памяти, внимания;
- г) нарушение зрения, обманы зрения.

3. К злокачественным опухолям спинного мозга относятся:

- а) менингиомы;
- б) глиомы;
- в) саркомы;
- г) шванномы.

4. Метастазы нейробластомы чаще всего локализуются:

- а) в костях;
- б) в яичниках;
- в) в костном мозге;
- г) в лимфатических узлах;
- д) в коже; е) в головном мозге.

5. Формирование «треугольной шпоры», расположенной под углом к длинной оси кости и «спикул» характерно для:

- а) остеогенной саркомы;
- б) остеохондромы;
- в) хондросаркомы;
- г) саркомы Юинга

6. Локализация краниофарингиомы:

- а) область турецкого седла;
- б) верхнечелюстная кость;
- в) пирамида височной кости;
- г) гайморовы пазухи.

7. Базалиома у детей чаще локализуется:

- а) на лице;
- б) на волосистой части головы;
- в) на туловище и конечностях;
- г) на наружных половых органах

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1 – а, б, г; 2 – б; 3 – б, в; 4 – а, в, г, д, е; 5 – а; 6 – а; 7 – а.

Тест II

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. Костные ткани подразделяют на:

- А- грубоволокнистую, пластинчатую и дентин
- Б- грубоволокнистую, пластинчатую и эмаль

- В- грубоволокнистую и пластинчатую
Г- фиброзную и пластинчатую
- 2. Для грубоволокнистой костной ткани характерно:**
А- наличие костных пластинок
Б- беспорядочное расположение коллагеновых волокон
В- параллельное расположение коллагеновых волокон
Г- образует трубчатые кости
- 3. Перестройка кости происходит:**
А- только во время эмбриогенеза
Б- до 15 лет
В- до 20 лет
Г- всю жизнь
- 4. Перихондральное окостенение происходит:**
А- по периферии диафиза
Б- в центре диафиза
В- по периферии эпифиза
Г- в центре эпифиза
- 5. Хондрогенный слой надхрящницы состоит из:**
А- хондроцитов
Б- хондробластов
В- хондрокластов
Г- изогенных групп
- 6. Суставные поверхности костей покрыты:**
А- гиалиновым хрящом
Б- эластическим хрящом
В- волокнистым хрящом
Г- надкостницей
- 7. Основу ушной раковины составляет**
А- гиалиновый хрящ
Б- эластический хрящ
В- волокнистый хрящ
Г- ретикулофиброзная костная ткань
- 8. Наличие толстых пучков коллагеновых волокон характерно для:**
А- гиалинового хряща
Б- эластического хряща
В- волокнистого хряща
Г- всех хрящей
- 9. В местах прикрепления сухожилий к суставам находится:**
А- гиалиновый хрящ
Б- эластический хрящ
В- волокнистый хрящ
- 10. Укажите разновидности хрящевых тканей:**
А- гиалиновая, эластическая;
Б- гиалиновая, эластическая, грубоволокнистая;
В- гиалиновая, эластическая, пластинчатая;
Г- эластическая, грубоволокнистая, пластинчатая;
Д- гиалиновая, эластическая, волокнистая
- 11. Опишите строение хряща как органа:**
А- надкостница, наружные генеральные пластины, слой малодифференцированного и дифференцированного хряща
Б- надкостница, слой малодифференцированного и дифференцированного хряща;
В- надхрящница, слой малодифференцированного и дифференцированного хряща;
Г- надхрящница, наружные генеральные пластины, слой дифференцированного хряща;

Д- надхрящница, наружные генеральные пластины, слои малодифференцированного и дифференцированного хряща

12. Где располагаются клетки, за счет которых происходит регенерация костной ткани после переломов костей?

А- в канале остеонов, периваскулярно; в камбиальном слое надкостницы; в эндосте;

Б- в канале остеонов, периваскулярно; в фиброзном слое периоста; в эндосте;

В- в камбиальном слое периоста; в эндосте;

Г- в канале остеонов, периваскулярно; в эндосте;

Д- в канале остеонов, периваскулярно; в камбиальном слое периоста; во вставочных пластинах

13. Различают следующие виды остеобластов:

А- молодые, зрелые, старые;

Б- молодые, зрелые, покоящиеся;

В- молодые, резорбирующие, покоящиеся;

Г- преостеобласты, молодые, покоящиеся;

Д- преостеобласты, молодые, зрелые, покоящиеся

14. Из каких клеток непосредственно образуются молодые остеобласты?

А- из гематогенных предшественников;

Б- из периваскулярных клеток;

В- из преостеобластов;

Г- из стромальных механоцитов

15. Источник развития скелетных тканей:

А- мезенхима

Б- энтодерма

В- эктодерма

16. Чем определяются основные свойства хрящевой ткани – прочность и упругость:

А- надхрящницей

Б- хондроцитами

В- молекулярной организацией хрящевого матрикса

17. У людей пожилого возраста происходят следующие изменения в гиалиновом хряще:

А- гипертрофия хондроцитов

Б- гибель хондроцитов

В- обызвествление матрикса

Г- все перечисленное верно

18. Типы роста хряща:

А- интерстициальный

Б- аппозиционный

В- все перечисленное верно

19. Источник развития остеокластов:

А- стволовая клетка- механоцитов

Б- остеогенные клетки

В- моноциты

Г- остеобласты

20. Какие клетки синтезируют органический матрикс костной ткани:

А- остеогенные клетки

Б- остеобласты

В- остециты

Г- остеокласты

Д- все перечисленное верно

21. Структурно-функциональная единица компактной пластинчатой костной ткани:

А- пластинка

Б- остеон

В- центральный (Гаверсов) канал

Г- остецит

22. Источник образования вставочных пластин:

- А- оставшаяся часть пластинок старых остеонов
 - Б- оставшаяся часть наружных генеральных пластин
 - В- оставшаяся часть внутренних генеральных пластин
- 23. Какой костной тканью образованы заросшие черепные швы?**
- А- пластинчатая
 - Б- компактная
 - В- зрелая
 - Г- вторичная
 - Д- грубоволокнистая
- 24. Вставочные костные пластинки в диафизе трубчатой кости:**
- А- материал для образования наружных или внутренних общих пластинок
 - Б- материал для образования остеонов
 - В- оставшиеся части концентрических пластинок старых остеонов
 - Г- часть вновь сформированных остеонов
 - Д- основной структурный компонент грубоволокнистой костной ткани
- 25. Функция эпифизарной хрящевой пластинки:**
- А- обеспечивает рост и регенерацию хряща суставных поверхностей
 - Б- служит для роста и удлинения трубчатых костей
 - В- это место дифференцировки надкостницы
 - Г- обеспечивает амортизацию при механическом давлении вдоль продольной оси
- 26. Укажите источник развития костной и хрящевой ткани:**
- А- ганглиозная пластинка
 - Б- склеротом (склеротомная мезенхима)
 - В- дерматом (дерматомная мезенхима)
 - Г- эктодерма
 - Д- спланхнотом (спланхнотомная мезенхима)
- 27. Эпифизарная пластинка роста состоит из:**
- А- пограничной зоны
 - Б- столбчатого хряща
 - В- пузырьчатого хряща
 - Г- кровеносных сосудов
- 28. Какие процессы обеспечивают рост костной ткани после рождения?**
- А- новообразование из мезенхимы.
 - Б- аппозиционный рост
 - В- интерстициальный рост
- 29. Какие клетки (симпласты) разрушают костную ткань?**
- А- остеоциты
 - Б- остеобласты
 - В- хондрокласты
 - Г- остеокласты
 - Д- фибробласты
- 30. Участок гиалинового хряща пересажен на другое место. Что произойдет с хондриновыми волокнами?**
- А- изменений не будет
 - Б- произойдет их переориентация параллельно действующему вектору силовых натяжений
 - В- произойдет их переориентация перпендикулярно действующему вектору силовых натяжений
- 31. Для костной ткани характерна постоянная перестройка. В чем она заключается?**
- А- только в резорбции старых остеонов
 - Б- только в создании новых остеонов
 - В- в резорбции старых и создании новых остеонов
 - Г- в исчезновении вставочных пластин
 - Д- в увеличении толщины периоста и эндоста
- 32. Какой вид хряща никогда не обызвествляется?**
- А- гиалиновый

- Б- эластический
- В- волокнистый

33. Прямой остеогенез (образование кости из мезенхимы) начинается с образования:

- А- костных трабекул
- Б- периоста
- В- остеогенных островков
- Г- костных пластинок

34. Отличительные особенности волокнистого хряща:

- А- локализуется в межпозвоночных дисках
- Б- отсутствует надхрящница
- В- коллагеновые волокна направлены параллельно
- Г- хрящевые клетки располагаются поодиночке
- Д- обладает хорошей растяжимостью

35. Чем определяется диаметр остеона?

- А- случайным распределением остеобластов вокруг сосудов
- Б- активностью остеокластов
- В- диаметром канала остеона
- Г- числом костных пластинок

36. Что такое вставочные пластинки?

- А- материал для образования остеонов.
- Б- остатки старых остеонов.
- В- часть вновь сформированных остеонов.
- Г- компонент грубоволокнистой костной ткани.

37. Укажите предшественника остеокласта:

- А- остеобласт
- Б- хондробласт
- В- макрофаг
- Г- моноцит, адвентициальная клетка

38. Структурные особенности хрящевых тканей (верно все, кроме):

- А- плотное состояние межклеточного вещества (наличие хондроитинсульфатов)
- Б- наличие волокнистого компонента межклеточного вещества
- В- наличие сосудов
- Г- питание из сосудов надхрящницы
- Д- клеточный состав в виде клеток и их изогенных групп

3) Решить ситуационные задачи:

Задача № 1

Больной П., 43 года. Госпитализирован в клинику в связи с наличием огромных размеров опухоли дистального отдела бедренной кости. Пальпируются увеличенные паховые и подвздошные лимфоузлы. Препараты, полученные при трепан-биопсии изучались в нескольких клиниках. Получены разные заключения: хондросаркома, метастаз перстневидноклеточного рака, синовиальная саркома.

1. Какова тактика лечения больного?

Задача № 2

Больная К., 33 лет. Госпитализирована в связи с патологическим переломом шейки левой бедренной кости. На рентгенограммах: очаг остеолитической деструкции проксимального отдела бедренной кости с очажками плотных включений; патологический перелом шейки бедренной кости. Данные трепан-биопсии подтвердили клинико-рентгенологический диагноз хондросаркомы. Опухоль вышла за пределы первого мышечнофасциального футляра.

1. Определите стадию процесса?

2. Какова будет тактика лечения?

Задача № 3

Больной Т., 52 года. Считает себя больным в течение последних 6 месяцев, когда впервые появились боли в области левого плечевого сустава. Лечился у невропатолога, который назначал электропроцедуры. Боли

несколько уменьшились, но затем вновь усилились. Физиолечение было проведено повторно, но на этот раз боли еще более усилились. При рентгенографии плеча выявлена деструкция лопатки. Госпитализирован для обследования и лечения. При обследовании в области акромиального отдела левой лопатки выявлена припухлость эластичной консистенции, неподвижная по отношению к акромиальному отростку. Региональные лимфатические узлы не пальпировались. На рентгенограммах левой лопатки определяется деструкция акромиального отростка с переходом на суставной отросток и заднюю поверхность лопатки с фестончатыми краями и мелкоячеистым компонентом. При обследовании по органам во время УЗИ выявлен рак верхнего полюса правой почки.

1. Какой предположительный диагноз у больного?
2. Какие необходимые исследования нужны для верификации диагноза?
3. Какое предполагается лечение больного?

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.1. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний печени

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научиться определять этиологию и патогенез, знать патологическую анатомию болезней печени, желчного пузыря и уметь различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры.

Объяснить основные различия заболеваний печени между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией печени и желчевыводящих путей.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание макропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся

1) Вопросы для собеседования.

1. Этиология, классификация и морфологическая сущность гепатоза.
2. Этиология, патогенез и классификация острых гепатитов.
3. Патоморфология циклической формы острого вирусного гепатита.
4. Токсическая дистрофия печени: понятие, причины развития, патоморфология.
5. Осложнения гепатозов и гепатитов.
6. Хронический гепатит: определение, этиология, классификация.
7. Морфологическая характеристика хронических гепатитов.
8. Этиология, патогенез и классификация цирроза печени.
9. Морфологическая характеристика постнекротического цирроза печени.
10. Патоморфология портального цирроза печени.
11. Морфология первичного и вторичного билиарного цирроза печени.
12. Осложнения и причины смерти больных при циррозах печени.
13. Морфологическая характеристика рака печени.
14. Морфологическая характеристика основных заболеваний желчного пузыря.

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 216. Массивный прогрессирующий некроз (жёлтая дистрофия) печени.

Печень резко увеличена, масса её достигает нескольких килограммов, капсула напряжена, край закруглён. Орган дряблой консистенции, цвета охры, на разрезе жёлто-оранжевая, матовая, дольчатость макроскопически неразличима, с заметным тёмно-красным крапом, который соответствует полнокровным центральным отделам долек. В отличие от жирового гепатоза, сопровождается поражением других органов – тубулярным некрозом почек, геморрагическим панкреатитом, острыми язвами ЖКТ.

Этиология: гепатотропные яды экзогенного (грибы, пищевые токсины, мышьяк) и эндогенного (тиреотоксикоз, эклампсия) происхождения. Такие изменения в печени соответствуют стадии жёлтой дистрофии. На ранних этапах процесс обратимый, при прогрессировании заболевания развивается постнекротический крупноузловой мультилобулярный цирроз печени. Смерть наступает от острой печёночной или печёочно-почечной недостаточности.

Макропрепарат № 40. Портальный мелкоузловой цирроз печени.

Печень мелкобугристая, нормальных размеров, плотной консистенции, жёлто-коричневого цвета. Нижний край закруглён. Узлы регенерации одинаковой величины обычно 1-3 мм (но не более 1 см в диаметре). На разрезе узлы-регенераты чётко отграничены друг от друга плотными белесоватыми прослойками соединительной ткани, имеющими одинаковую ширину.

Среди этиологических факторов необходимо отметить хронические вирусные гепатиты, хроническую алкогольную интоксикацию, длительное применение гепатотоксичных лекарств. В клинике доминирующим синдромом будет синдром портальной гипертензии, проявляющийся варикозным расширением вен портальных анастомозов, асцитом. Вследствие этого пациенты чаще всего погибают от профузных массивных кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода или асцит - перитонита.

Макропрепарат № 60. Варикозное расширение вен пищевода.

Препарат представлен частью вскрытого пищевода обычной формы. Слизистая оболочка без дефектов с хорошо прослеживаемой продольной складчатостью. В подслизистом слое диагностируются резко расширенные, извитые, переполненные кровью, выступающие в просвет пищевода вены, с участками тромбоза.

Ведущей причиной развития является затруднение оттока венозной крови по системе v. portae. В случае разрыва стенки такой вены пациент может погибнуть от массивного кровотечения.

Макропрепарат № 113. Рак печени на фоне цирроза.

Печень уменьшена в размерах, плотной консистенции (иногда деревянистой). Поверхность её бугристая (узлы-регенераты от 0,5 до 2 см в диаметре). На разрезе дольчатого строения. Среди таких очагов определяются опухолевые узлы дряблой консистенции с чёткими границами, что обусловлено формированием псевдокапсулы, так как опухоль растёт экспансивно, серо-жёлтого цвета с зеленоватым оттенком из-за прокрашивания желчью, синтезируемой раковыми клетками. В центре некоторых узлов видны вторичные изменения в виде участков некроза.

Гистологически наиболее часто устанавливается печёночно-клеточный (гепатоцеллюлярный) рак.

Макропрепарат № 15. Камни желчного пузыря.

Желчный пузырь увеличен, деформирован за счёт спаек с окружающими органами и тканями, переполнен желчью. На разрезе стенка его утолщена, уплотнена вследствие гипертрофии и склероза мышечного слоя. Слизистая оболочка атрофирована, бархатистость отсутствует. В просвете желчного пузыря определяются множественные камни различных размеров, фасетированного вида. Цвет их зависит от химического состава: холестериновые камни имеют желто-белый цвет; пигментные – чёрный, блестящий; известковые – серо-белый.

Возможными осложнениями являются: водянка и мукоцеле желчного пузыря, механическая желтуха, диспептические расстройства, эмпиема желчного пузыря, гнойные холангиты, холангиолиты, внутрипечёночные абсцессы, пролежни желчного пузыря с возможной дальнейшей их перфорацией и желчным перитонитом. В исходе развивается вторичный билиарный цирроз печени. Наиболее частыми причинами камневого холецистита признаются острый холецистит, пороки развития и дискинезии желчевыводящей системы, а также нарушение обмена веществ.

Макропрепарат № 140. Острый флегмонозный холецистит.

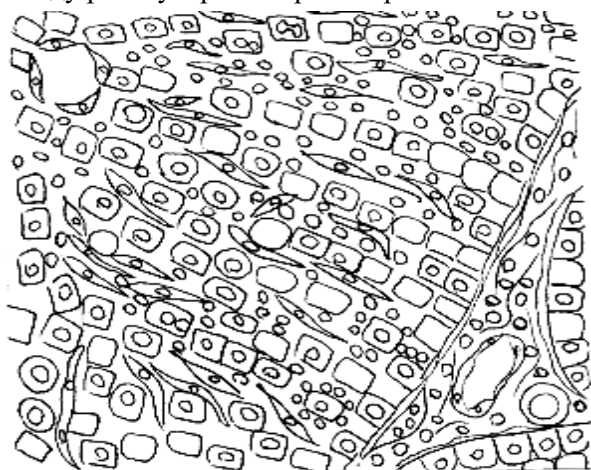
Желчный пузырь увеличен в размерах, стенка его утолщена за счёт воспалительного отёка, захватывающего все слои. Визуализируется резкая инъекция сосудов серозной оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями. На брюшине, покрывающей пузырь, наложения масс фибрина в виде нитей серо-белого цвета, легко снимающихся. В просвете органа скапливается гнойный экссудат. При затянувшихся формах образуется инфильтрат, окутывающий желчный пузырь вместе с пузырным протоком. Острый холецистит развивается на фоне дискинезии желчевыводящих путей. Флегмонозный холецистит является деструктивной формой воспаления желчного пузыря, нередко сопровождается перфорацией органа с развитием местного очагового или разлитого перитонита.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Микропрепарат № 71. Хронический вирусный активный гепатит.

(окраска гематоксилином и эозином)

Дольчатое строение печени различимо. По периферии долек на границе с портальными трактами легко выявляется воспалительная деструкция клеток печени (пограничные некрозы). Это приводит к постепенному уменьшению числа гепатоцитов в дольке и нарушению нормальной архитектоники печени. Сохранившиеся гепатоциты с явлениями гидропической и баллонной дистрофии. Портальные тракты густо инфильтрованы лимфоцитами, макрофагами. Нейтрофилы встречаются редко. Воспалительный инфильтрат проникает в дольку по ходу ретикулярной стромы органа.



печени. (окраска пикрофуксином по ванн Гизон)

Обозначить:

- 1 – печёночная долька;
- 2 – портальный тракт;
- 3 – гидропическая (баллонная) дистрофия гепатоцитов;
- 4 – лимфоцитарная инфильтрация портальных трактов;
- 5 – воспалительная инфильтрация дольковой стромы.

Микропрепарат № 82а. Портальный монобулярный (алкогольный) цирроз

Препарат характеризуется однородностью микроскопической картины – тонкопетливой соединительнотканной сетью и малой величиной ложных долек. Узлы регенерации (ложные дольки) приблизительно одинаковы по размерам и структуре. Они имеют монодулярное строение, то есть захватывают одну печёночную дольку. Обычная радиарная ориентация балок в узлах-регенератах отсутствует, а сосуды расположены нетипично: центральная вена либо отсутствует, либо локализуется эксцентрично, портальные триады обнаруживаются непостоянно. Диагностируется большое количество гепатоцитов в состоянии жировой дистрофии. Сохраняются явления воспалительной инфильтрации портальной стромы.



Обозначить:
 ложная долька (узел-регенерат);
 тонкопетлистая соединительнотканная сеть;
 воспалительная инфильтрация портальных трактов;
 жировая дистрофия гепатоцитов;
 пролиферация эпителия желчных протоков;
Микропрепарат № 193а.
Постнекротический мультилобулярный

В ретикулярной образуются

наблюдается сближение портальных триад и центральных вен так, что в одном поле зрения обнаруживается более 3-х триад, что считается патогномичным признаком цирроза данного типа. Псевдодольки состоят, в основном, из новообразованной печёночной ткани, для клеток которой характерны белковая дистрофия, некроз. Липиды в клетках обычно отсутствуют. В ложных дольках встречаются гепатоциты с несколькими ядрами. В междольковой строме диагностируется пролиферация холангиол и картина холестаза.



Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) ДАТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНОВ: гепатоз, токсическая дистрофия печени, гепатит (острый, хронический, активный, персистирующий, реактивный), тельца Каунсильмена, тельца Маллори, гепаторенальный синдром, некрозы гепатоцитов (очаговые, ступенчатые, мостовидные, субмассивные), матовостекловидные гепатоциты; маркеры (прямые и непрямые) заболеваний печени, холангит, холангиолит, холестаз (внутридольковый, внутриклеточный), цирроз печени (постнекротический, портальный, билиарный, мелкоузловой, крупноузловой, монолобулярный, мультилобулярный, активный, неактивный, компенсированный), септальный склероз, печеночно-клеточная недостаточность, анастомозы (кава-кавальные, порто-кавальные), асцит, спленомегалия, рак печени (узловой, массивный, диффузный, маленький, нодулярный, гепатоцеллюлярный, холангиоцеллюлярный), холецистит, эмпиема желчного пузыря, желчнокаменная болезнь, желтуха (печеночная, механическая), холемия, холалемия, печеночный

гломерулосклероз.

3) Решить ситуационные задачи:

ЗАДАЧА № 1.

Женщина, 65 лет, при ультразвуковом обследовании печени обнаружено очаговое образование правой доли печени 3×4 см. В гистологическую лабораторию доставлен материал: 1 - столбик ткани печени рядом с очаговым образованием, 2 - столбик ткани из очагового образования правой доли печени. Заключение врача-патологоанатома: 1 - печеночная ткань с сохраненной дольковой структурой, дисконфлексация печеночных балок, вакуольная дистрофия гепатоцитов, портальные тракты не расширены, с умеренной лимфогистиоцитарной инфильтрацией. 2 - метастаз аденокарциномы.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?

- а) операционный;
- б) материал пункционной биопсии;
- в) материал аспирационной биопсии;
- г) материал инцизионной биопсии;
- д) материал прицельной эндоскопической биопсии.

2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:

- а) установлен окончательный диагноз;
- б) ориентировочный ответ;
- в) дан описательный ответ.

3. Возможно ли по структуре метастаза определить локализацию первичного очага опухоли?

- а) невозможно;
- б) возможно, при высокой степени дифференцировки опухолевых клеток.

Задача 1.	1) б; 2) в; 3) б.
------------------	-------------------

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача

	пособие				
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.2. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний почек

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить общую характеристику и классификацию болезней почек, этиологию и патогенез гломерулопатий, тубулопатий, морфологическую характеристику, осложнения и их исходы. Знать морфологическую характеристику приобретенных и наследственных гломеруло- и тубулопатий. Дать понятие о пиелонефрите, хронической почечной недостаточности.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия почечных заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией почек.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание макропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 251. Подострый гломерулонефрит.

Почка резко увеличена в размерах и массе, которая достигает 400 грамм, дряблой консистенции, поверхность её гладкая. Фиброзная капсула снимается легко, обнажая жёлто-серое, тусклое корковое вещество с красным крапом. На разрезе корковый слой резко расширен, бледно-жёлтый с множественными мелкоточечными кровоизлияниями ярко-красного цвета. Граница между корковым и мозговым веществом хорошо различима вследствие резкого полнокровия мозгового, которое выглядит синюшно-красным. Чашечно-лоханочная система в патологический процесс не вовлечена.

Быстро прогрессирующий гломерулонефрит чаще проявляется аутоиммунным заболеванием, таким как системная красная волчанка, синдром Гудпасчера, нежели как самостоятельная нозологическая единица. В этих случаях больные погибают обычно в течение нескольких месяцев от хронической почечной недостаточности.

Макропрепарат № 9. Вторично-сморщенная почка после межтубулярного нефрита.

Масса и размеры почки уменьшены. Капсула снимается с трудом, так как местами плотно сращена с паренхимой органа, отделяется с потерей вещества. Поверхность почки неравномерно бугристая с многочисленными грубыми западающими рубцами, часто сливающимися между собой. Западения при этом имеют довольно характерное строение. На поперечном разрезе видны пологие края и плоское дно, обычно не достигающее до мозгового вещества. В промежутках между рубцами почечная паренхима имеет обычный вид, если нет другого заболевания, поражающего почки.

Выраженный нефросклероз с явлениями тяжёлой почечной недостаточности с уремией чаще всего развивается как исход продуктивного воспаления при хроническом гломерулонефрите. Значительно реже причинами служат гипертоническая болезнь, сахарный диабет, амилоидоз.

Макропрепарат № 18. Большая сальная почка.

Почка увеличена, деревянистой плотности, бледная, капсула напряжена, снимается легко, оголяя гладкую чистую розовую поверхность. На разрезе корковое и мозговое вещество расширены, бело-розового цвета с сальным блеском, граница между ними плохо различима. Водная проба отрицательная, но положительна макроскопическая проба Р. Вирхова (йодный раствор в кислой среде). Чашечно-лоханочная система макроскопически интактна.

Амилоидоз почек наблюдается почти в каждом случае вторичного амилоидоза, связанного с наличием туберкулёзных или гнойных очагов в организме, нередко при периодической болезни, ревматоидном артрите, средиземноморской лихорадке. Исход заболевания неблагоприятный, всегда отмечается неуклонная прогрессия процесса. Смерть наступает от нарастающей хронической почечной недостаточности (уремии).

Макропрепарат № 99. Почка при ОПН.

У ребёнка почки слегка увеличены в размерах, с подчёркнутой эмбриональной дольчатостью, дряблой консистенции. Поверхность органа гладкая, капсула снимается легко, обнажая пёструю поверхность. На разрезе корковый слой серо-жёлтого цвета, тусклый, за исключением узкой подкапсульной зоны, которая остаётся серо-красной. Местами заметны точечные кровоизлияния. Мозговой слой расширен, полнокровный, тёмно-красного цвета. Подобные изменения в почке носят симметричный характер и служат морфологическим субстратом острой почечной недостаточности.

Острый кортикальный некроз диагностируется при тяжёлых инфекциях, сепсисе, шоке, иногда при беременности.

Макропрепарат № 98. Хронический пиелонефрит с паранефритом.

Материал представлен почкой и окружающей её жировой тканью. Масса и размеры почки уменьшены. Паранефральная клетчатка и фиброзная капсула отделяются с трудом, плотно сращены с паренхимой органа. Поверхность почки неравномерно бугристая с многочисленными грубыми западающими рубцами, часто сливающимися между собой. Западения при этом имеют довольно характерное строение. На поперечном разрезе видны пологие края и плоское дно, обычно не достигающее до мозгового вещества. В промежутках между рубцами почечная паренхима имеет обычный вид. Чашечки и лоханка умеренно расширены, стенка их утолщена, уплотнена. Слизистая атрофирована, гладкая. Макроскопическим маркером хронического пиелонефрита является избыточное разрастание жировой ткани по ходу чашечно-лоханочной системы.

В этиологии ведущую роль играет восходящая инфекция за счёт, преимущественно, Грам-отрицательной флоры. Процесс чаще односторонний, в клинике проявляется хронической почечной недостаточностью. Хроническое воспаление в чашечках и лоханке служат фоном для формирования нефролитов.

Макропрепарат № 16. Камни в почке.

Размеры почки варьируют в зависимости от длительности заболевания, в исходе образуется вторично сморщенная почка. Форма почки крупнобугристая, капсула снимается с трудом, обнажая светло-коричневую пёструю поверхность. Пестрота обусловлена множественными мелкоочечными кровоизлияниями, очагами некроза, фиброза и воспаления. На разрезе корковое и мозговое вещество уменьшены в размерах, малокровные, граница между ними плохо различима. Чашечно-лоханочная система резко расширена и содержит камень, полностью повторяющий её контуры.

Среди осложнений особое место занимают острая задержка мочи, гидронефроз, пиелонефрит, абсцессы почки (апостематозный гнойничковый нефрит) с последующим появлением уросепсиса. В причинах нефролитиаза главенствуют хроническое воспаление чашечек и лоханки, врождённые аномалии развития почки и мочеточников, затруднения пассажа мочи, а также заболевания, связанные с нарушением метаболизма пуриновых оснований.

Макропрепарат № 58. Почечно-клеточный (гипернефроидный) рак.

Почка значительно увеличена, деформирована, с гладкой поверхностью. Большую часть органа занимает опухолевый узел, окружённый псевдокапсулой (фибропластическая реакция в сочетании с атрофией и некрозом прилегающей почечной паренхимы), которая по мере роста неоплазмы исчезает. Ткань опухоли желтоватого цвета, имеет пёстрый вид в связи с наличием очагов некроза, кровоизлияний различной давности, кист с прозрачной буроватой или кровянистой жидкостью.

Метастазирует рак почки преимущественно гематогенно, первые метастазы обычно выявляются в лёгких. Характерно прорастание карциномы в почечную вену и распространение по полой вене (вплоть до сердца).

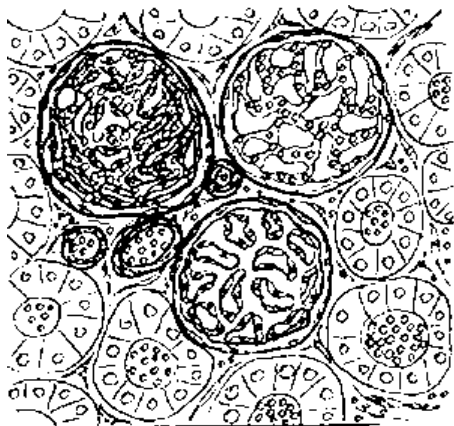
2) Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 201а. Интракапиллярный гломерулонефрит.

(окраска гематоксилином и эозином)

Сплетения клубочков представляются увеличенными, почти всецело заполняют просвет капсулы Боумена-Шумлянского, который сохраняется лишь в виде узкой щели. Количество клеток в сплетениях значительно больше, чем при нормальных условиях, что обусловлено, главным образом, размножением клеток

мезангия и эндотелиоцитов. В клубочках скапливаются лимфоциты, макрофаги и видны однородные массы свернувшегося белка. Эпителий почечных канальцев уплощен за счёт атрофии. Местами определяются фокусы гиалиново-капельной дистрофии, с исходом в коагуляционный некроз.



Обозначить:

- 1 – увеличенный, богатый клетками клубочек;
- 2 – запустевшие капилляры почечного клубочка;
- 3 – почечные канальцы с явлениями гиалиново-капельной дистрофии и коагуляционного некроза.
- 4 – обилие эритроцитов в просвете канальцев;

Микропрепарат № 202. Нефросклероз (окраска гематоксилином и эозином).

При микроскопии отмечается дискомплекса́ция почечной паренхимы, морфологическая картина характеризуется наличием многочисленных рубцовых участков, беспорядочно расположенных среди ещё сохранившихся канальцев. Гибнет только часть клубочков,

развитие соединительной ткани происходит местами и неравномерно. Поражённая ткань остаётся богатой клетками лимфоцитарного ряда. Большая часть клубочков подвергается склерозу и гиалинозу. Вследствие наступившего сморщивания ткани клубочки лежат близко друг к другу, иногда небольшими группами. Нередко наблюдаются клубочки с утолщёнными, нерезко контурированными капсулами, местами приобретая неправильный, как бы дольчатый вид. Эпителий канальцев атрофирован с признаками гиалиново-капельной дистрофии. Сохранившиеся отделы нефрона склонны к рабочей гипертрофии.



Обозначить:

- 1 – атрофированный клубочек с утолщённой и склерозированной капсулой;
- 2 – запустевший гиалинизированный клубочек;
- 3 – атрофированные и дистрофически изменённые канальцы;
- 4 – клеточная воспалительная инфильтрация;
- 5 – сохранившиеся клубочки лапчатой формы

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Дать определение **ТЕРМИНАМ**: гломерулопатии, синдром Альпорта, нефросклероз, поликистоз почек, гломерулонефрит, гломерулит, нефротический синдром, синдром Гудпасчера, острый гломерулонефрит, быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, мезангиокапиллярный гломерулонефрит, фибропластический гломерулонефрит, болезнь Берже, "пестрая почка", "большая пестрая почка", "большая красная почка", интерпозиция мезангия, "вторично-сморщенная почка", азотемическая уремия, липоидный нефроз, тубулопатии, интерстициальный нефрит (тубуло-интерстициальный нефрит), пиелонефрит, почечнокаменная болезнь, нефросклероз, поликистоз почек, фибропластический гломерулонефрит, болезнь Берже, "пестрая почка", "большая пестрая почка", "большая красная почка", интерпозиция мезангия, "вторично-сморщенная почка", азотемическая уремия, липоидный нефроз, клеточная карцинома (гипернефроидный рак, опухоль Вильямса (нефробластома)).

- 3) Решить ситуационные задачи:

ЗАДАЧА № 1.

Женщина, 57 лет, жалобы на лихорадку, слабость, боли в поясничной области. В общем анализе крови - повышение СОЭ - 55 мм/час. При ультразвуковом обследовании: обнаружено объемное образование размерами

3×4×1,5 см в верхнем полюсе правой почки. В гистологическую лабораторию доставлен материал: столбики ткани левой почки, взятые по краю образования. Заключение врача-патологоанатома: некротические массы, пропитанные нейтрофильными лейкоцитами.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?
 - а) срочная интраоперационная биопсия;
 - б) плановое исследование операционного материала;
 - в) материал аспирационной биопсии;
 - г) материал инцизионной биопсии;
 - д) материал пункционной биопсии.
2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:
 - а) установлен окончательный диагноз;
 - б) ориентировочный ответ;
 - в) дан описательный ответ.
3. Укажите клинические диагнозы, возможные при описанной гистологической картине:
 - а) абсцесс почки;
 - б) злокачественное новообразование с распадом;
 - в) туберкулез почки;
 - г) амилоидоз почки;
 - д) липоидный нефроз.

Задача 1.

1) д; 2) в; 3) а, б, в.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г.	М.: "Медицина", 2011	1	-

	процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	Мальков			
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.3. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний других органов.

Цель практического занятия: выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала.

Задачи: объяснить основные требования к биоптатам опухолей. Дать понятие значение исследования операционного материала в диагностике онкологических заболеваний.

Обучающийся должен знать: *методы прижизненной морфологической диагностики.*

Обучающийся должен уметь: *описать операционный материал при макроскопическом исследовании,*

Обучающийся должен владеть: *навыками оценки и анализа результатов гистологического исследования биопсийного материала.*

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Вопросы для собеседования:

1. Возможности гистологического исследования в диагностике острого и хронического воспаления и их клиничко-морфологических вариантов.
2. Морфологическая диагностика патологии тканевого роста. Основные требования к биоптатам опухолей.
3. Значение исследования операционного материала в диагностике онкологических заболеваний.
4. Биопсии желудка. Основные требования к гастробиоптатам.
5. Диагностическое значение пункционной биопсии печени.
6. Диагностическое значение пункционной биопсии почек.
7. Особенности взятия и исследования биоптатов шейки матки.
8. Диагностическое значение исследования соскобов и цугов эндометрия при различных видах нарушения менструального цикла.
9. Биопсийная диагностика патологии беременности.
10. Патогистологическое исследование лимфоузлов. Диагностические возможности определения воспалительных, гиперпластических процессов и гемобластозов.

2) Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Макропрепарат № 47. Острый эрозивный гастрит.

Слизистая оболочка желудка утолщена за счёт воспалительного отёка, складки её сглажены, на их вершинах определяются множественные кровоизлияния и поверхностные дефекты неправильной формы с неровными краями размером до 0,5 см, дно их чёрного цвета, который обусловлен образованием гемоглобиногенного пигмента – солянокислого гематина. К эрозиям могут привести: действие веществ кислоты, щёлочи, алкоголя, токсинов, расстройства микроциркуляции. При устранении повреждающего фактора происходит эпителизация дефектов с полным восстановлением структуры и функции. При прогрессии патологического процесса образуются острые язвы. Одним из грозных осложнений будет развитие синдрома Маллори-Вейса (линейные разрывы слизистой оболочки желудка с профузным кровотечением).

Макропрепарат № 90. Острая язва желудка.

Препарат представлен фрагментом стенки желудка. Слизистая оболочка отёчная, воспалена, рельеф её сглажен. В области малой кривизны виден глубокий щелевидный дефект длиной 1,5 см с ровными чёткими

краями, которые не возвышаются над поверхностью слизистой. Дно язвы чёрного цвета из-за образования солянокислого гематина. Причинами развития острой язвы могут служить гастриты, вызванные раздражающими веществами, глубокий стресс, уремия, тяжёлые сердечно-сосудистые кризы. Острые язвы, как правило, множественные, локализуются беспорядочно. При прогрессии заболевания формируется хроническая язва, вплоть до каллёзной. Благоприятным исходом является заживление дефекта посредством образования рубца. Смерть может наступить от профузных кровотечений из сосудов дна язвы.

Макропрепарат № 91. Хроническая язва желудка.

Стенка желудка утолщена, деформирована. В антральном отделе диагностируется грубый язвенный дефект овальной формы, диаметром 2,5 см. Дно язвы плотное, чистое, края плотные, валикообразные, возвышаются над поверхностью слизистой, складки которой, в свою очередь, радиально сходятся к центру дефекта. Край язвы, обращённый в сторону пищевода, приподнят, нависает над кратером, а край, обращённый к привратнику, пологий, ступенчатый, террасовидный. Когда в дне язвы сквозной дефект стенки – это перфорация. Хроническая язва служит морфологическим проявлением язвенной болезни желудка. При заживлении язвы рубец, прерывающий мышечные слои, сохраняется, а с внутренней стороны на месте язвы заметна маленькая площадка, покрытая несмещаемой истончённой и гладкой слизистой оболочкой.

Макропрепарат № 94. Язва-рак желудка.

Слизистая оболочка желудка утолщена, деформирована за счёт глубокого язвенного дефекта до 6 см в диаметре (гигантская язва). Край язвы приподнятые, вывороченные, подрывные, плотной консистенции, дно шероховатое, плотное, грязное. Складки слизистой оболочки лучеобразно расходятся от дефекта, утолщены. Это язва-рак, так как рак развился на фоне хронической язвы желудка.

Макропрепарат № 49. Блюдцевидный рак желудка.

Слизистая оболочка желудка складчатая, на малой кривизне визуализируется экзофитно растущий опухолевый узел плотной консистенции диаметром 8 см с валиком по краям, кратерообразным углублением центральной части в результате некроза и изъязвления, придающим вид блюдца. На разрезе опухоль однородная, серо-белесоватая, без чётких границ, прорастает все слои стенки желудка. По ходу а. Gastrica dextrae sinistra определяется группа резко увеличенных в размерах, плотных, спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов серо-белого цвета на разрезе. Блюдцеобразный рак желудка, как правило, развивается de novo и гистологически представлен аденокарциномой различной степени дифференцировки.

Макропрепарат № 159. Диффузный рак желудка (скирр).

Препарат представлен фрагментом стенки желудка, которая на разрезе резко утолщена, местами до 3 см., плотной, почти хрящевидной консистенции, однородная, серо - розового цвета. Слизистая оболочка гладкая, не смещаемая. В опухоли преобладает стромальный компонент, который подвергается гиалинозу. Скирр рассматривается как одна из форм недифференцированного рака и характеризуется плохим прогнозом.

Макропрепарат № 112. Рак пищевода.

На границе нижней и средней трети пищевода определяется опухолевидное образование кольцевидной формы, плотной консистенции, резко стенозирующее просвет пищевода. На разрезе опухоль серо-розового цвета, прорастает все слои пищевода. Дистально расположенный отдел пищевода резко расширен. Гистологически рак пищевода представлен эпидермоидной карциномой. Больные с опухолями пищевода, которым не проводится хирургическое лечение, могут погибнуть от истощения (кахексии).

Макропрепарат № 95. Аппендицит флегмонозный.

Червеобразный отросток увеличен в размерах за счёт воспалительного отёка, захватывающего все слои стенки органа, резкая инъекция сосудов серозной оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями. На поверхности аппендикса наложения масс фибрина в виде нитей серо-белого цвета легко снимающиеся. В просвете аппендикса скапливается гнойный экссудат.

Макропрепарат № 96. Мукоцеле червеобразного отростка.

Червеобразный отросток значительно увеличен в размерах, принимает шаровидную форму, превращён в слизистую ретенционную кисту. Стенка кисты тонкая, не превышает нескольких миллиметров, серо-белого цвета. В просвете выявляются полупрозрачные или белесоватые густые слизевидные массы. Этот вариант мукоцеле носит название миксоглобуллёз. Причиной развития слизистой ретенционной кисты является препятствие, закупорка просвета каловым камнем, инородным телом, рубцом, редко опухолью. Мукоцеле может осложниться образованием ограниченной или диффузной псевдомиксомы брюшины.

Макропрепарат № 100. Псевдоэрозия шейки матки.

На гладкой, блестящей поверхности влажной части шейки матки в области наружного зева отмечается кровотокающий дефект в виде красноватого и слегка шероховатого пятна с довольно четкой неровной границей. Это ложная эрозия слизистой оболочки цервикального канала. Псевдоэрозия иногда приподнята над окружающей поверхностью шейки, особенно при гипертрофическом ее варианте. Границы истинной эрозии менее четкие, дно обычно западает и выполнено воспалительным фибринозным экссудатом. Эндоцервикоз возникает после перенесенных урогенитальных инфекций, а также при дисгормональных нарушениях, и

относится к облигатному предраку.

Макропрепарат № 37. Фибринозный эндометрит.

Матка несколько увеличена, полость её расширена. На эндометрии наблюдаются пленки фибрина серо-желтого цвета, покрывающие всю полость матки. Миометрий дряблый, розово-серый, сосуды его расширены и полнокровны. На шейке матки следы ожога перманганатом калия чёрно-коричневого цвета. Экссудат при остром эндометрите фибринозно-гнойный, мышца при этом мягкая, сочная. В плотно инфильтрированной клетчатке параметрия тромбированные вены, служащие нередко источником инфицированных эмболов. Такой патологический процесс, как правило, развивается после родов или абортов.

Макропрепарат № 101. Трубная беременность.

В ампулярном отделе маточной трубы визуализируется утолщение, обусловленное эктопической беременностью. В просвете губчатая полнокровная ткань и плодное яйцо, пропитанные кровью. В этой зоне часты разрывы трубы. Тогда в брюшной полости обнаруживают большое количество крови со сгустками. Разрыв трубы обычно сопровождается коллапсом. Имплантация в узком истмическом или фимбриальном отделах может привести к полному трубному аборту с выпадением в брюшную полость всех тканей плодного яйца, даже без нарушения целостности трубы. Иногда прервавшаяся трубная беременность не сопровождается тяжелым кровотечением, заставляющим обратиться к врачу, а происходит постепенная организация погибшего плода и свертков крови с дальнейшей его резорбцией или мумификацией.

Макропрепарат № 102. Пузырный занос.

Плацента представлена гидропическим превращением ворсин хориона с резким увеличением их количества, в виде разрозненного конгломерата кист белесовато-серого цвета, напоминающих гроздь винограда, заполненных полупрозрачной жидкостью (плод при этом гибнет). Вращение ворсин хориона глубоко в миометрий приводит к деструктирующему (злокачественному) пузырному заносу, возможна плацентарная эмболия легких или перерождение в хорионэпителиому.

Макропрепарат № 57. Хорионэпителиома.

Размеры матки превышают норму в 2 раза, стенка её тестоватой консистенции, полость расширена, в области отверстий маточных труб диагностируется мягкий опухолевый узел ячеистого строения на широком основании, тёмно-красного цвета. Для хорионэпителиомы характерны обширные участки некроза и массивные кровоизлияния. Страдают беременные молодые женщины. Источником развития служит хориональный эпителий после пузырного заноса, аборта и родов. Карцинома синтезирует хорионический гонадотропин, поэтому в половине случаев сочетается с тека-лютеиновыми кистами обоих яичников. Распространяется по кровеносным сосудам во влагалище и лёгкие.

Макропрепарат № 103. Рак молочной железы.

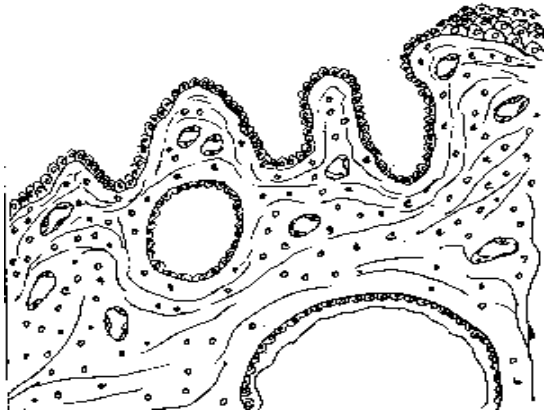
Препарат представлен сектором молочной железы. Из его основания в ткань железы, имеющую желто-серый цвет и мягко-эластичную консистенцию, вырастает опухолевый узел с нечеткими границами. Тяжи неоплазмы более плотные, серые, волокнистого строения. Так как опухоль обладает инфильтрирующим ростом, то прорастает дерму и тянет ее на себя, тем самым обуславливая деформацию грудной железы (феномен апельсиновой корки). Гистологически преобладают аденокарцинома и скирр.

3. Ракрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 203. Псевдоэрозия шейки матки.

(окраска гематоксилином и эозином)

В толще влагалищной порции шейки матки визуализируется изменение покрывающего эпителиального пласта в виде однослойного цилиндрического эпителия и скопления желез, местами погруженных в фиброзную ткань шейки. Некоторые железы кистозно расширены (Наботиевы кисты). Сосуды под эпителием полнокровны и придают макроскопически эрозии ярко-красный цвет. Для пролиферирующего эндоцервикоза характерно новообразование железистых структур, развивающихся из камбиальных элементов призматического эпителия канала шейки, способного дифференцироваться как в железистый, так и в плоский эпителий. При простом эндоцервикозе железы не имеют признаков новообразования. Для заживающего эндоцервикоза типично вращение в железы плоского эпителия и замещение им призматического.



Обозначить:

- 1 – многослойный плоский неороговевающий эпителий;
- 2 – дефект ткани, выстланный цилиндрическим эпителием;
- 3 – погружение желёз в фиброзную ткань.

Микропрепарат № 205. Соскоб (аспират) из полости матки при беременности.

(окраска гематоксилином и эозином)

В полости матки определяется ткань эндометрия со светлыми железами и просветлённым набухшим эпителием. В месте соприкосновения децидуальной ткани с хорионическим эпителием видна зона коагуляционного некроза с выпадением фибрина. Фибриноидный некроз входит в состав базальной (слой Нитабух) и хориальной (слой Лангханса) пластин. Хорион формирует ворсины, образованные следующими структурами: в центральной части располагается кровеносный сосуд, окружённый рыхлой соединительной тканью. Внутренний слой цитотрофобласта представлен большими округлыми, овальными или полигональными светлыми децидуальными клетками, образующими «черепицеобразные» пласты. Снаружи располагается синцитиотрофобласт - двухслойный эпителий с базофильной цитоплазмой и интенсивно окрашенными ядрами. Наличие децидуальной ткани, слоя Нитабуха и ворсин хориона является основными признаками беременности.



Обозначить:

- 1 – ворсины хориона;
- 2 – сосуды, проходящие в центре ворсины;
- 3 – децидуальная ткань;
- 4 – фибриноидный некроз в месте прилегания хорионического эпителия (слой Нитабух).

Микропрепарат № 204. Аденокарцинома в соскобе из полости матки.

(окраска гематоксилином и эозином)

Опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины, клетки с признаками полиморфизма, гиперхромией ядер, наличием митозов. Во многих железах наблюдается стратификация эпителия (многорядность), иногда с образованием сосочков. Стромальный компонент карциномы выражен незначительно, секреторная функция желез практически отсутствует. Местами визуализируются участки некроза, окруженные воспалительным инфильтратом.

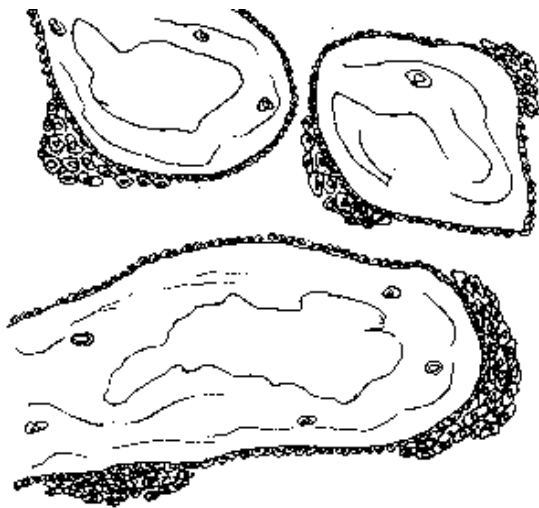
Обозначить:

- 1 – железистоподобные структуры;
- 2 – опухолевый эпителий с признаками клеточно-ядерного атипизма;
- 3 – опухолевая строма с элементами воспаления.

Микропрепарат № 206. Пузырный занос.

(окраска гематоксилином и эозином)

В соскобе из полости матки определяются многоядерные клетки синцитиотрофобласта и одноядерные клетки цитотрофобласта (клетки Лангханса) с более интенсивным окрашиванием ядер, имеющих различную величину и форму, неравномерное распределение хроматина. Ворсины крупные, кистозно-изменённые, сосуды в них отсутствуют. Фиброзная ткань отёчная, распадающаяся, в ней встречаются макрофаги Калечка.



Обозначить:
 1 – кистозно-расширенные ворсины хориона;
 2 – нарушение нормального строения ворсин (отсутствие сосудов).

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

Гипертрофией называется:

- 1) Восстановление ткани взамен утраченной
- *2) Увеличение объема клеток, ткани, органа
- 3) Уменьшение объема клеток, ткани, органа
- 4) Переход одного вида ткани в другой
- 5) Замещение соединительной тканью

Гистологическим признаком рака на месте (carcinoma in situ) является:

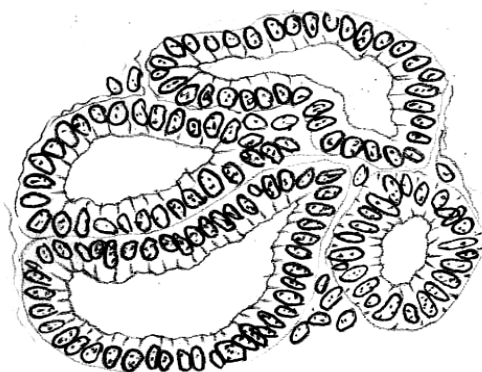
- 1) Инвазивный рост
- 2) Метастазы
- *3) Внутриэпителиальный злокачественный рост
- 4) Кровоизлияния в ткань опухоли
- 5) Некроз опухоли

Опухоль Крукенберга представляет собой:

- 1) Тератобластому яичников
- 2) Двусторонний рак яичников солидного строения
- *3) Метастаз рака желудка в яичник
- 4) Метастаз рака желудка в надключичный лимфатический узел
- 5) Опухоль почки

Для

- 1)
- *2)
- 3)
- 1)В
- 2) Во
- *3) В



истинной эрозии шейки матки характерно:

Увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговеванию сквамозного эпителия
 Деструкция эпителия с воспалительной инфильтрацией подлежащих тканей
 Пролиферация резервных клеток

Эклампсия беременных обычно развивается:

первом триместре беременности
 втором триместре беременности
 третьем триместре беременности

3) Решить ситуационные задачи:

Задача №59

Больная К., 36 лет, обратилась к врачу с болями в пояснице, боль носит ноющий характер, в области почек, кровь в моче (второй раз за последние 2 недели). Травм не было. Пиелонефрит и гломерулонефрит были исключены. Отправили на дообследование, в ходе которого увидели пестрый узел, микроскопически обнаружили тубулярные и сосочковые структуры, атипичные клетки с гиперхромными ядрами.

1. О чем можно подумать в данном случае? (прогноз)
2. Как еще называется это заболевание?
3. Какие обследования можно провести?
4. Какое осложнение может возникнуть?

Задача №61

Больная К. 50 лет, работавшая в рентген кабинете 23 года, жаловалась на наличие болезненного узла в верхней трети левого плеча. После его удаления ткань была послана на гистологическое исследование. Макроскопически обнаружен узел диаметром 5 сантиметров, на разрезе серо-белого цвета. Микроскопически обнаружено преобладание клеток над волокнами, много аргирофильных волокон, среди клеток преобладают незрелые полиморфные клетки с гиперхромными ядрами и обильными митозами. При гистохимическом исследовании обнаружен виментин.

1. Что за заболевание обнаружено у женщины?
2. Это образование доброкачественное или злокачественное?
3. Могут ли образовываться метастазы?

Задача №52

Больная, 18 лет, обратилась к врачу с жалобами на увеличение лимфатических узлов шеи. Была выполнена биопсия одного из увеличенных лимфатических узлов. Гистологические исследования лимфатического узла показали, что рисунок лимфоузла стёрт, отмечено диффузное скопление лимфоцитов, макрофагов (гистоцитов), эозинофильных и нейтрофильных гранулоцитов, фибробластов, плазматических клеток, среди них имеются множественные крупные одноядерные клетки диаметром около 25 мкм, отчётливо видны крупные эозинофильные ядрышки, также имеются гигантские двуядерные клетки с идентичной характеристикой ядрышка. Признаки фиброза отсутствуют.

1. Какое заболевание имело место быть у больной?
2. Как называются обнаруженные крупные одноядерные и двуядерные клетки?
3. К какой группе клеток они относятся? (опухолевым / реактивным)
4. Какой гистологический вариант заболевания имел место у больной?
5. Возможно ли метастазирование в другие органы?
6. В чем ещё может возникнуть описанное заболевание

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется

2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.4. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний легких

Цель практического занятия: ознакомление с методом биопсийной диагностики бронхов и легких, выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала бронхов и легких.

Задачи: Объяснить работу с учетно-отчетной медицинской документацией по биопсийному разделу работ патологоанатомического отделения.

Обучающийся должен знать: *методы прижизненной морфологической диагностики болезней бронхов и легких, иметь представление о методе биопсийной диагностики бронхолегочных заболеваний.*

Обучающийся должен уметь: *подготовить и направить операционный и биопсийный материал на гистологическое исследование, оформить специальный бланк направления на патогистологическое исследование (форма 014/у),*

Обучающийся должен владеть навыками *оценки и анализа результатов гистологического исследования полученного биопсийного материала.*

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Вопросы для собеседования

1. Биопсия, определение. Операционные и диагностические биопсии.
2. Виды биопсии в зависимости от способа получения материала.
3. Виды биопсии в зависимости от сроков ответа.
4. Какой материал подлежит направлению на патогистологическое исследование?
5. Правила фиксации и маркировки материала, направляемого на гистологическое исследование.
6. Какие фиксаторы можно использовать для обработки биопсийного материала?
7. Правила заполнения специального бланка направления на гистологическое исследование (форма 014/у).
8. Особенности заполнения специального бланка направления на гистологическое исследование (форма 014/у) при исследовании соскобов полости матки и цервикального канала.
9. Особенности заполнения специального бланка направления на гистологическое исследование (форма 014/у) при исследовании последов.
10. Кто является ответственным за доставку материала в патогистологическое отделение?
11. Правила доставки срочного материала в патогистологическое отделение.
12. Порядок приема и регистрации материала в патологоанатомическом отделении.

13. Какой материал является непригодным для патогистологического исследования?
14. Принципы разбора операционного и биопсийного материала.
15. Технологическая цепочка планового гистологического исследования.
16. Использование криостатных срезов в биопсийной диагностике.
17. Что является учетной единицей при гистологическом исследовании биопсийного и операционного материала?
18. Значение специальных методов (гистохимия, электронная микроскопия, иммуноморфология) в прижизненной диагностике болезней.
19. Учетно-отчетная медицинская документация по биопсийному разделу работ патологоанатомического отделения.
20. Виды ответов при исследовании биопсии (окончательный диагноз, ориентировочный ответ, описательный ответ, «ложноположительный» и «ложноотрицательный» ответы).

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 33. Крупозная пневмония.

Лёгкое увеличено в размерах и массе преимущественно за счёт верхней доли. Плевра, покрывающая ее, полнокровная, отёчная, покрыта фибрином. Консистенция поражённой доли печёночной плотности, однородная, воздушность резко снижена. На разрезе ткань лёгкого серая, зернистая, с поверхности стекает мутная пенная жидкость. Бронхи не вовлекаются в воспалительный процесс, стенка их тонкая, серо-розовая, просвет свободный. Из-за того, что воспаление захватывает не менее доли лёгкого, пневмония также носит название долевой или плевропневмонии (ввиду поражения долевой плевры). Этиологическими факторами являются пневмококки, клебсиеллы и легионеллы. Среди осложнений наблюдаются абсцессы, гангрена и карнификация лёгкого.

Макропрепарат № 189. Деструктивная стафилококковая бронхопневмония.

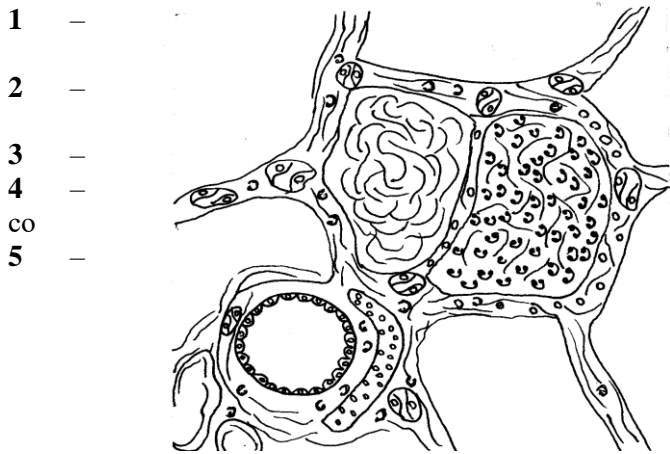
Размеры лёгкого ребёнка увеличены, консистенция органа неоднородная. Лёгочная ткань безвоздушная, полнокровная, на разрезе выявляются множественные серо-жёлтые фокусы уплотнения неправильной формы, имеющие тенденцию к слиянию. Некоторые очаги с участками деструкции в центре, сливаются в многокамерные абсцессы до 2 см в диаметре, заполненные густым гноем. В просвете бронхов определяется густое гнойно-слизистое содержимое. На плевре наложения фибрина в виде тонкой плёнки серо-белого цвета. Причиной развития является стафилококковая или микст-инфекция. Грозными осложнениями являются хронический абсцесс лёгкого и эмпиема плевры. Абсцедирующая пневмония может служить источником развития сепсиса.

2.2. Зарисовать и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Макропрепарат № 140. Крупозная пневмония в стадии серого опеченения. (окраска по Грамм-Вейгерту)

Границы альвеол слабо различимы благодаря большому количеству лейкоцитов в их просвете. Сосуды межальвеолярных перегородок сдавлены нарастающим фибринозным экссудатом в полостях альвеол. Микроскопическая картина представляется однородной: свернувшийся фибрин (голубого цвета) заполняет все просветы. Число лейкоцитов в альвеолах значительно. Эритроциты не определяются. В других участках, по мере начинающегося разрушения фибрина, он теряет форму нитей, и превращается в мелкозернистую массу или бесформенные глыбки. Число лейкоцитов при этом ещё более возрастает. В альвеолярных перегородках также обнаруживаются многочисленные нейтрофильные лейкоциты. Висцеральная плевра с явлениями фибринозного плеврита. Местами в просвете альвеол встречаются грамположительные диплококки (колонии пневмококков).

Обозначить:



просветы альвеол, содержащие фибриновый экссудат голубого цвета; полиморфноядерные лейкоциты на нитях фибрина (малиново-красного цвета); колонии пневмококка (синие); межальвеолярные перегородки расширены, отечные сдавленными сосудами свободные бронхи, без экссудата

Макропрепарат № 142. Карнификация лёгкого.

(окраска пикрофуксином по ванГизон)

Под карнификацией понимают организацию нерассосавшегося фибринозного экссудата внутри

альвеол, т.е. замещение их просветов растущей грануляционной и соединительной тканью. Бронхиолы, альвеолярные ходы и альвеолы заполняются новообразованными капиллярами и соединительнотканью. В альвеолах, где замещающая экссудат грануляционная ткань не заполняет целиком всей полости, краевая часть этой полости имеет вид небольшой неправильной щели. По мере созревания ткань внутри альвеол приобретает более плотное строение и сливается с утолщенными межальвеолярными перегородками. Среди новообразованной соединительной ткани видны небольшие группы альвеол, просвет которых остаётся свободным.



Обозначить:

- 1 – неравномерное заполнение альвеол грануляционной тканью;
- 2 – группы альвеол со свободным просветом;
- 3 – участок фиброза

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. СПАДЕНИЕ ТКАНИ ЛЁГКОГО ЭТО

- 1. Асфиксия
- 2. **Ателектаз**
- 3. Гипоксия
- 4. Эмфизема
- 5. Диспноэ

2. РАЗРАСТАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ЛЁГКОМ НАЗЫВАЮТ

- 1. Бронхоэктазом
- 2. Эмфиземой
- 3. Пневмонией
- 4. **Пневмосклерозом**
- 5. Ателектазом

3. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ РАК ЛЁГКОГО

- 1. **Прикорневой (центральный)**
- 2. Экзофитный

3. *Периферический*
4. Эндофитный
5. *Смешанный*
4. К ПРЕДРАКОВЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ ОТНОСЯТ
 1. Гипертрофию
 2. *Гиперплазию*
 3. *Метаплазию*
 4. *Дисплазию*
 5. Гипотрофию
5. СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩАЯ РАЗВИТИЮ РАКА ЛЁГКОГО
 1. Дисплазия 1 степени
 2. Дисплазия 2 степени
 3. *Дисплазия 3 степени*
 4. Дисплазия 4 степени
 5. Дисплазия 5 степени
6. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЛЁГКОГО
 1. *Бляшковидный*
 2. *Полипозный*
 3. *Эндобронхиальный диффузный*
 4. *Разветвлённый*
 5. *Узловатый*
7. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ (ХНЗЛ)
 1. *Хронический бронхит*
 2. *Бронхоэктатическая болезнь*
 3. *Эмфизема лёгких*
 4. *Бронхиальная астма*
 5. *Хронический абсцесс*
 6. *Интерстициальная болезнь лёгких (ИБЛ)*
8. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХНЗЛ
 1. *Бронхитогенный*
 2. Бронхопневмонитогенный
 3. *Пневмонитогенный*
 4. Бронхопневмониогенный
 5. *Пневмониогенный*
9. ХНЗЛ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ БРОНХИТОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ
 1. *Обструктивная эмфизема лёгких*
 2. *Хронический бронхит*
 3. *Бронхоэктатическая болезнь*
 4. *Бронхиальная астма*
 5. Бронхопневмония
10. ХНЗЛ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПНЕВМОНИОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ
 1. *Хронический абсцесс*
 2. Хронический бронхит
 3. *Хроническая пневмония*
 4. Эмфизема
 5. ИБЛ

11. ХНЗЛ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПНЕВМОНИТОГЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ

1. Эмфизема
2. Хронический бронхит
3. Хронический абсцесс
4. **Фиброзирующий альвеолит**
5. Бронхоэктатическая болезнь

12. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ) ФОРМЫ РАКА ЛЁГКОГО

1. **Плоскоклеточный рак**
2. **Аденокарцинома**
3. Невринома
4. **Недифференцированный анапластический рак (мелко-, крупноклеточный)**
5. **Редкие формы (железисто-плоскоклеточный, бронхоальвеолярный)**

13. ЛЁГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА ЛЁГКОГО

1. **Ателектаз**
2. **Кровотечение**
3. Силикоз
4. **Пневмоторакс**
5. **Нагноение**

14. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ БРОНХА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ

1. **Воспалительная инфильтрация**
2. **Разрастание грануляционной ткани с образованием полипов**
3. **Гиперплазия желёз с гиперпродукцией слизи фиброз**
4. **Перестройка эпителия (гиперплазия, атрофия, дисплазия)**

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ИБЛ

1. **Инфекция**
2. **Пыль с антигенами животного и растительного происхождения**
3. **Медикаментозные препараты**
4. Физическая перенагрузка
5. Химические вещества (гербициды, минеральные удобрения)

16. СТАДИИ РАЗВИТИЯ ИБЛ

1. **Альвеолит (диффузный или гранулематозный)**
2. Обострение бронхита
3. **Дезорганизация альвеолярных структур**
4. **Фиброз**
5. **Формирование сотового лёгкого**

17. РАСШИРЕНИЕ БРОНХА В ВИДЕ МЕШКА ИЛИ ЦИЛИНДРА, В РЕЗУЛЬТАТЕ КАШЛЕВОГО ТОЛЧКА – ЭТО

1. Абсцесс
2. Эмфизема
3. Бронхит
4. Пневмоторакс
5. **Бронхоэктаз**

18. СПАДЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ СТРУКТУР ЛЁГКОГО ВСЛЕДСТВИИ ЕГО МЕХАНИЧЕСКОГО СДАВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПЛЕВРЫ - ЭТО

1. Абсцесс
2. Эмфизема
3. **Коллапс**

4. Пневмоторакс

5. Бронхоэктаз

19. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЛЁГКИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗБЫТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ ВОЗДУХА – ЭТО

1. Абсцесс

2. *Эмфизема*

3. Бронхит

4. Пневмоторакс

5. Бронхоэктаз

20. БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ РАЗВИТИЕМ ДИФFUЗНОГО ПНЕВМОСКЛЕРОЗА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДКАХ – ЭТО

1. Хронический абсцесс

2. Хронический бронхит

3. Хроническая пневмония

4. Эмфизема

5. *ИБЛ*

21. ОСНОВНЫЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

1. Аутоиммунный фиброзирующий альвеолит

2. *Токсический фиброзирующий альвеолит*

3. *Инфекционно-аллергический фиброзирующий альвеолит*

4. *Идеопатический фиброзирующий альвеолит (болезнь Хаммен-Рича)*

5. Воспалительный фиброзирующий альвеолит

22. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ПРИСТУПАМИ

1. *Диффузное хроническое воспаление*

2. *Утолщение и гиалиноз базальной мембраны*

3. *Склероз межальвеолярных перегородок*

4. Гипертрофия эпителия бронхов

5. *Хроническая обструктивная эмфизема*

23. СТРОЕНИЕ СТЕНКИ ХРОНИЧЕСКОГО АБСЦЕССА (СЛОИ)

1. *Пиогенная мембрана*

2. Гиалиновая мембрана

3. *Слой грануляционной ткани*

4. Слой хрящевой ткани

5. *Фиброз*

24. ПЫЛЕВЫЕ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

1. Пневмония

2. Эмфизема

3. Бронхоэктатическая болезнь

4. *Пневмокониозы*

5. Туберкулёз

25. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЭМФИЗЕМА БЫВАЕТ

1. *Хронической очаговой*

2. *Викарной (компенсаторной)*

3. *Первичной (идиопатической)*

4. *Межуточной*

5. Ювенильной

- 6. Старческой**
26. БРОНХОЭКТАЗЫ МОГУТ БЫТЬ
1. *Врождённые*
 2. *Приобретённые*
 3. *Мешковидные*
 4. Гроздевидные
 5. *Цилиндрические*
27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО
6. *Генерализация опухоли (метастазы)*
 7. *Печёночная недостаточность*
 8. *Лёгочные осложнения*
 9. *Кахексия*
 10. *Ожирение*
28. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ТКАНИ ЛЁГКОГО В СТАДИИ СОТОВОГО ЛЁГКОГО
1. *Кистозное расширение альвеол*
 2. *Эктазия бронхиол*
 3. *Фиброз ткани лёгкого с редукцией сосудистого русла*
 4. Расширение и полнокровие капиллярного русла лёгкого
 5. *Эмфизема*
29. ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХНЗЛ
1. *Редукция капиллярного русла лёгких за счёт фиброза*
 2. *Затруднение кровообращения с формированием вторичной лёгочной гипертензии*
 3. Гипертрофия правого предсердия
 4. *Гипертрофия правого желудочка*
 5. *Декомпенсация гипертрофированного сердца с развитием общего венозного застоя*
30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ХНЗЛ
1. *Хроническая лёгочно-сердечная недостаточность*
 2. *Лёгочные осложнения (кровотечения, гангрена, гнойные процессы)*
 3. Хроническая почечная недостаточность
 4. *Вторичный амилоидоз*
 5. Хроническая печёночная недостаточность

3) Решить ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

У мужчины, 54 лет, больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легкого, появились выраженные отеки лица и нижних конечностей. В моче обнаружен белок 4,5 г/л. В гистологическую лабораторию направлен материал

кусочек слизистой оболочки десны для исследования на наличие амилоида. Заключение врача патологоанатома: в слизистой оболочке десны при окраске конго красным обнаружен амилоид.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?
 - а) операционный;
 - б) материал пункционной биопсии;
 - в) материал аспирационной биопсии;
 - г) материал инцизионной биопсии;
 - д) материал прицельной эндоскопической биопсии.
2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:
 - а) дан описательный ответ;
 - б) установлено сопутствующее заболевание;
 - в) установлено основное заболевания;
 - г) ориентировочный диагноз;

д) установлено фоновое заболевание.

3. Какое исследование было бы необходимо провести с целью установления природы нефротического синдрома при отсутствии амилоида в слизистой оболочке десны?

- а) пункционная биопсия почки;
- б) пункционная биопсия печени;
- в) биохимическое исследование крови;
- г) исследование мочи по Зимницкому.

Ответ Задача № 1.	1) г; 2) а; 3) а.
------------------------------------	-------------------

ЗАДАЧА 2

Больной, 17 лет, поступил в стационар с жалобами на лихорадку, слабость, потерю веса, увеличение шейных лимфатических узлов. В общем анализе крови - повышение СОЭ - 55 мм/час. При рентгенографии органов грудной клетки - расширение корней легкого в результате увеличения прикорневых лимфатических узлов, увеличены шейные лимфоузлы. 1-й шейный лимфоузел направлен на гистологическое исследование. Заключение врача-патологоанатома: в лимфатическом узле обнаружены гранулемы, состоящие из эпителиоидных клеток, лимфоцитов, единичных гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?

- а) операционный;
- б) материал пункционной биопсии;
- в) материал аспирационной биопсии;
- г) материал прицельной эндоскопической биопсии.

2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:

- а) установлен окончательный диагноз;
- б) ориентировочный ответ;
- в) дан описательный ответ.

3. Какие заболевания можно предположить при описанной микроскопической картине?

- а) саркоидоз;
- б) болезнь Ходжкина;
- в) лимфосаркома;
- г) туберкулез;
- д) рак легкого.

Задача № 2.	1) а; 2) в; 3) а,г.
--------------------	---------------------

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия:	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа,	-	Имеется

	руководство к практическим занятиям: учеб. пособие		2015.		
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.5. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта

Цель практического занятия: ознакомление с методом биопсийной диагностики, выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала. Научиться определять этиологию, патогенез, знать патологическую анатомию, осложнения, исходы и причины смерти больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, раке желудка, аппендиците, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, раке кишечника.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия болезней желудочно-кишечного тракта между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

- до изучения темы: термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
- после изучения темы: определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов пищеварения; иметь представление о методе биопсийной диагностики

Обучающийся должен уметь: описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; уметь подготовить и направить операционный и биопсийный материал на гистологическое исследование, оформить специальный бланк направления на патогистологическое исследование (форма 014/у)

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание макропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия; оценить и проанализировать результаты гистологического исследования биопсийного материала.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Вопросы для собеседования.

1. Поджелудочная железа. Этиология, пато- и морфогенез, классификация, морфологическая характеристика, осложнения и исходы при заболеваниях поджелудочной железы.
2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез.
3. Аппендицит. Определение, классификация, клинико-морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
4. Рак кишечника. Формы рака.

5. Гистологические типы рака.
6. Болезнь Крона и НЯК. Определение, классификация, клинико - морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
7. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, морфологическая характеристика.
8. Дивертикулит, этиология, патогенез.
9. Гастрит. Классификация. Факторы риска. Этиология. Формы острого и хронического гастрита.
10. Метаплазия, виды.
11. Язвенная болезнь. Факторы риска. Морфологический субстрат ЯБ. Этиология. Патогенез.
12. Осложнения язвенной болезни.
13. Рак желудка. Классификация рака желудка: Эпителиальные (аденома, карцинома) и неэпителиальные (мальтома) виды рака желудка.
14. Основные факторы развития желудка.
15. Предраковые состояния, предраковые изменения желудка.
16. Макроскопические варианты рака желудка.
17. Гистологические типы рака желудка.
18. Метастазирование и осложнения рака желудка.
19. Эзофагит. Классификация. Этиология, пато- и морфогенез, осложнения и исходы.
20. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, пато- и морфогенез, осложнения и исходы.
21. Рак пищевода

2) Практическая работа.

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

Макропрепарат № 47. Острый эрозивный гастрит.

Слизистая оболочка желудка утолщена за счёт воспалительного отёка, складки её сглажены, на их вершинах определяются множественные кровоизлияния и поверхностные дефекты неправильной формы с неровными краями размером до 0,5 см, дно их чёрного цвета, который обусловлен образованием гемоглобиногенного пигмента – солянокислого гематина. К эрозиям могут привести: действие веществ кислоты, щёлочи, алкоголя, токсинов, расстройства микроциркуляции. При устранении повреждающего фактора происходит эпителизация дефектов с полным восстановлением структуры и функции. При прогрессии патологического процесса образуются острые язвы. Одним из грозных осложнений будет развитие синдрома Маллори-Вейса (линейные разрывы слизистой оболочки желудка с профузным кровотечением).

Макропрепарат № 90. Острая язва желудка.

Препарат представлен фрагментом стенки желудка. Слизистая оболочка отёчная, воспалена, рельеф её сглажен. В области малой кривизны виден глубокий щелевидный дефект длиной 1,5 см с ровными чёткими краями, которые не возвышаются над поверхностью слизистой. Дно язвы чёрного цвета из-за образования солянокислого гематина. Причинами развития острой язвы могут служить гастриты, вызванные раздражающими веществами, глубокий стресс, уремия, тяжёлые сердечно-сосудистые кризы. Острые язвы как правило множественные, локализуются беспорядочно. При прогрессии заболевания формируется хроническая язва вплоть до каллёзной. Благоприятным исходом является заживление дефекта посредством образования рубца. Смерть может наступить от профузных кровотечений из сосудов дна язвы.

Макропрепарат № 91. Хроническая язва желудка.

Стенка желудка утолщена, деформирована. В антральном отделе диагностируется грубый язвенный дефект овальной формы, диаметром 2,5 см. Дно язвы плотное, чистое, края плотные, валикообразные, возвышаются над поверхностью слизистой, складки которой, в свою очередь, радиально сходятся к центру дефекта. Край язвы, обращённый в сторону пищевода, приподнят, нависает над кратером, а край, обращённый к привратнику, пологий, ступенчатый, террасовидный. Когда в дне язвы сквозной дефект стенки – это перфорация. Хроническая язва служит морфологическим проявлением язвенной болезни желудка. При заживлении язвы рубец, прерывающий мышечные слои, сохраняется, а с внутренней стороны на месте язвы заметна маленькая площадка, покрытая несмещаемой истончённой и гладкой слизистой оболочкой.

Макропрепарат № 94. Язва-рак желудка.

Слизистая оболочка желудка утолщена, деформирована за счёт глубокого язвенного дефекта до 6 см в диаметре (гигантская язва). Край язвы приподнятые, вывороченные, подрывные, плотной консистенции, дно шероховатое, плотное, грязное. Складки слизистой оболочки лучеобразно расходятся от дефекта, утолщены. Это язва-рак, так как рак развился на фоне хронической язвы желудка.

Макропрепарат № 49. Блюдцевидный рак желудка.

Слизистая оболочка желудка складчатая, на малой кривизне визуализируется экзофитно растущий опухолевый узел плотной консистенции диаметром 8 см с валиком по краям, кратерообразным углублением

центральной части в результате некроза и изъязвления, придающим вид блюдца. На разрезе опухоль однородная, серо-белесоватая, без чётких границ, прорастает все слои стенки желудка. По ходу а. *gastricadextraetsinistra* определяется группа резко увеличенных в размерах, плотных, спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов серо-белого цвета на разрезе. Блюдцеобразный рак желудка, как правило, развивается *de novo* и гистологически представлен аденокарциномой различной степени дифференцировки.

Макропрепарат № 159. Диффузный рак желудка (скирр).

Препарат представлен фрагментом стенки желудка, которая на разрезе резко утолщена, местами до 3 см., плотной, почти хрящевидной консистенции, однородная, серо-розового цвета. Слизистая оболочка гладкая, не смещаемая. В опухоли преобладает стромальный компонент, который подвергается гиалинозу. Скирр рассматривается как одна из форм недифференцированного рака и характеризуется плохим прогнозом.

Макропрепарат № 112. Рак пищевода.

На границе нижней и средней трети пищевода определяется опухолевидное образование кольцевидной формы, плотной консистенции, резко стенозирующее просвет пищевода. На разрезе опухоль серо-розового цвета, прорастает все слои пищевода. Дистально расположенный отдел пищевода резко расширен. Гистологически рак пищевода представлен эпидермоидной карциномой. Больные с опухолями пищевода, которым не проводится хирургическое лечение, могут погибнуть от истощения (кахексии).

Макропрепарат № 95. Аппендицит флегмонозный.

Червеобразный отросток увеличен в размерах за счёт воспалительного отёка, захватывающего все слои стенки органа, резкая инъеция сосудов серозной оболочки с мелкоочечными кровоизлияниями. На поверхности аппендикса наложения масс фибрина в виде нитей серо-белого цвета легко снимающиеся. В просвете аппендикса скапливается гнойный экссудат.

Макропрепарат № 96. Мукоцеле червеобразного отростка.

Червеобразный отросток значительно увеличен в размерах, принимает шаровидную форму, превращён в слизистую ретенционную кисту. Стенка кисты тонкая, не превышает нескольких миллиметров, серо-белого цвета. В просвете выявляются полупрозрачные или белесоватые густые слизевидные массы.

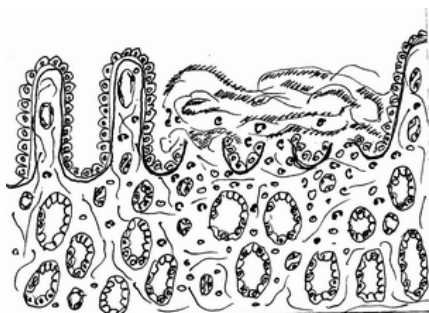
Этот вариант мукоцеле носит название миксоглобуллёз. Причиной развития слизистой ретенционной кисты является препятствие, закупорка просвета каловым камнем, инородным телом, рубцом, редко опухолью. Мукоцеле может осложниться образованием ограниченной или диффузной псевдомиксомы брюшины.

2.2. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 190. Острый эрозивный гастрит.

(окраска гематоксилином и эозином)

Явления распада и гибели эпителиальных клеток желез слизистой обнаруживаются в отдельных участках в виде неглубоких дефектов – эрозий. Клетки сморщены или вакуолизированы, ядра пикнотизированы. Подобным изменениям подвергается или целая группа желез или лишь отдельные железы. Вместе с тем в соответственных местах происходит частичная гибель и отпадение клеток покровного эпителия, однако эпителий секреторного отдела желёз сохраняется в виде островков. Образующийся дефект не проникает за пределы слизистой оболочки. В просвете эрозии наблюдаются отложения пигмента чёрного цвета – солянокислого гематина.



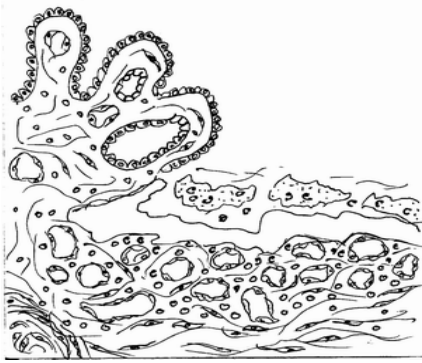
Обозначить:

- 1 – неглубокий дефект слизистой (эрозия);
- 2 – железы с явлениями деструкции;
- 3 – тканевый детрит;
- 4 – отложения солянокислого гематина (чёрного цвета);
- 5 – воспалительный инфильтрат.

Микропрепарат №191. Хроническая язва желудка.

(окраска гематоксилином и эозином)

На слизистой оболочке определяется дефект тканей, проникающий глубоко в стенку желудка - язва. Дно язвы покрыто узкой полоской некротизированных тканей, которая заполняет также и боковые поверхности углубления, но не доходит до наружного края язвы. Ясного отграничения некротической зоны от нижележащих тканей не обнаруживается. В некоторых местах она непосредственно переходит в плотную волокнистую рубцовую ткань, частично заместившую соответственный слой стенки желудка; в других полях под зоной некроза имеется неясно отграниченный узкий слой молодой грануляционной ткани. Рубцовая ткань построена из тесно прилежащих соединительнотканых волокон, между которыми расположены немногочисленные фибробласты. Местами, особенно в окружности сосудов, иногда встречаются небольшие скопления лимфоцитов и немногочисленных плазматических клеток



периаппендицитом.

Обозначить:

- 1 – кардиальный край;
- 2 – привратниковый край;
- 3 – покатое дно язвы;
- 4 – слизистая оболочка по краю язвы;
- 5 – лейкоцитарно – некротический слой
- 6 – грануляционная ткань с полнокровными сосудами и клеточным инфильтратом
- 7 – мышечный слой;

Микропрепарат № 192. Флегмонозный аппендицит с

(окраска гематоксилином и эозином)

Стенка аппендикса представляется сильно утолщенной. Границы отдельных слоёв неясны. Воспалительные очажки сливаются, входящие в их состав лейкоциты инфильтрируют мышечный и серозный слои, могут проникать в лимфоидные фолликулы. Расширенные лимфатические сосуды заполнены большим количеством лейкоцитов и спущенными эндотелиальными клетками. На слизистой оболочке развиваются обширные изъязвления и массы распадающихся лейкоцитов проникают непосредственно в просвет отростка. В серозной оболочке обнаруживаются переполненные кровью сосуды и отложения фибринозно-гнояного экссудата на свободной её поверхности.



Обозначить:

- 1 – серозный слой с наложениями фибрина;
- 2 – мышечный слой;
- 3 – слизистая оболочка, сохранившая свою структуру;
- 4 – гиперплазированный фолликул;
- 5 – нейтрофильная инфильтрация стенки и серозной оболочки;
- 6 – изъязвление (отсутствие эпителиального покрова).

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Дать определение ТЕРМИНАМ: эзофагит, дивертикулит, регургитация, регургитационный эзофагит, гастрит, перигастрит, перитонит, коррозивный гастрит, рефлюкс-гастрит, пангастрит, хронический поверхностный гастрит, хронический атрофический гастрит, кишечная метаплазия эпителия, "энтеролизация" слизистой оболочки желудка, несовершенная регенерация эпителия желудка, метастатическая перестройка "профиля" слизистой желудка, симптоматические язвы, кислотно-пептический фактор, теория обратной диффузии водородных ионов, эрозия, язва, острая пептическая язва, хроническая рецидивирующая язва, бульбарная язва, постбульбарная язва, аррозивное кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцовый стеноз привратника, хлоргидропеническая уремия, болезнь Менетрие, бляшковидный рак желудка, полипозный рак желудка, фунгозный рак желудка, блюдцеобразный рак желудка, первично-язвенный рак желудка, язва-рак желудка, инфильтративно-язвенный рак желудка, ранний рак желудка, "вирховские метастазы", "шницлеровские метастазы", крукенберговский рак яичников, карциноматоз брюшины, канкрозный перитонит, карциноматоз легких (плевры), симптоматические язвы, кислотно-пептический фактор, теория обратной диффузии водородных ионов, эрозия, язва, острая пептическая язва, хроническая рецидивирующая язва, бульбарная язва, постбульбарная язва, аррозивное кровотечение, перфорация, пенетрация, энтерит, колит, энтероколит, энтеропатии, синдром нарушенного всасывания, дисахаридазная недостаточность, кишечная лимфангиэктазия, глютенная энтеропатия, болезнь Уиппла, болезнь Крона, аппендицит, периаппендицит, мезентериолит, эмпиема аппендикса.

3) Решить ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1.

Мужчина, 52 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение многопрофильной больницы

с жалобами на чувство дискомфорта в эпигастральной области, снижение аппетита, периодически возникающие диспепсические расстройства: изжогу, отрыжку воздухом, тошноту. Больному проведено гастрофиброскопическое исследование желудка с гастробиопсией. При гистологическом исследовании материала из антрального отдела желудка: атрофия и перестройка желез по кишечному типу, метаплазия покровно-язочного эпителия, изменения эпителиоцитов с признаками слабой и умеренной дисплазии, гиперплазия лимфоидных фолликулов, выраженная лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки и фиброз стромы. Заключение врача-патологоанатома: хронический атрофический гастрит с толстокишечной метаплазией эпителия желез, гастральная интраэпителиальная неоплазия низкой и умеренной степени выраженности.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?
 - а) операционный;
 - б) соскоб;
 - в) материал аспирационной биопсии;
 - г) материал инцизионной биопсии;
 - д) материал прицельной эндоскопической биопсии.
2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:
 - а) установлен окончательный диагноз;
 - б) ориентировочный ответ;
 - в) дан описательный ответ.
3. Какие общепатологические процессы, упомянутые в микроскопическом описании и заключении врача-патологоанатома, относят к предопухолевым?
 - а) кишечная метаплазия;
 - б) гиперплазия;
 - в) интраэпителиальная неоплазия;
 - г) дисплазия;
 - д) атрофия.

Ответ	1) д; 2) а; 3) в, г.
--------------	----------------------

Задача 1.

ЗАДАЧА № 2

Мужчина, 52-х лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение многопрофильной больницы с жалобами на диспепсические расстройства, слабость, похудание. При обследовании больного выявлена железодефицитная анемия и скрытая кровь в кале. Больному проведена гастрофиброскопия с биопсией. На гистологическое исследование направлены кусочки слизистой оболочки антрального отдела желудка. При гистологическом исследовании: скопление эпителиоцитов с эозинофильной цитоплазмой и небольшим ядром, сдвинутым на периферию (перстневидные клетки). Заключение врача-патологоанатома: перстневидно-клеточный рак.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?
 - а) операционный;
 - б) материал пункционной биопсии;
 - в) материал аспирационной биопсии;
 - г) материал инцизионной биопсии;
 - д) материал прицельной эндоскопической биопсии.
2. Оцените характер ответа врача-патологоанатома:
 - а) дан описательный ответ;
 - б) установлено основное заболевание;
 - в) установлено осложнение основного заболевания;
 - г) ориентировочный диагноз;
 - д) установлено фоновое заболевание.
3. Какую дополнительную гистологическую окраску необходимо применить для уточнения диагноза?
 - а) альциановый синий;
 - б) конго рот;
 - в) судан III;
 - г) азокармин.
4. Разновидностью какой опухоли является перстневидно-клеточный рак?

- а) слизистый рак;
- б) солидный рак;
- в) скирр;
- г) мелкоклеточный рак.

Задача 2.

1) д; 2) б; 3) а; 4) а.

ЗАДАЧА 3

Больной, 56 лет, оперирован в стационаре по поводу рака сигмовидной кишки. В гистологическую лабораторию на исследование направлены: резецированная сигмовидная кишка, терминальный отдел нисходящей ободочной кишки, брыжеечные лимфоузлы. При макроскопическом исследовании в проксимальном отделе сигмовидной кишки со стороны слизистой оболочки - циркулярный рост опухоли, суживающий просвет кишки в виде «кольца для салфетки»; в центральных отделах новообразования - небольшое изъязвление до 1 см в диаметре. При гистологическом исследовании: низкодифференцированная аденокарцинома. Заключение врача-патологоанатома: в резецированной сигмовидной кишке обнаружено разрастание опухоли, имеющее строение низкодифференцированной аденокарциномы с прорастанием всех слоев стенки кишки и врастанием в брыжейку, с метастазами в лимфоузлы брыжейки. Резекция произведена в пределах пораженной опухолью ткани. Через 2 месяца у больного развились симптомы непроходимости кишечника.

Вопросы:

1. Какой материал поступил в гистологическую лабораторию?

- а) операционный;
- б) материал пункционной биопсии;
- в) материал аспирационной биопсии;
- г) материал инцизионной биопсии;
- д) материал прицельной эндоскопической биопсии.

2. Значение исследования резецированной части кишечника:

- а) установлено основное заболевание;
- б) подтвержден и уточнен диагноз, выставленный в клинике;
- в) установлено сопутствующее заболевание.

3. Какое еще значение имеет данное исследование резецированной части кишечника:

- а) возможность определить стадию и прогноз заболевания;
- б) возможность осуществления контроля за течением заболевания;
- в) возможность установления этиологии заболевания;
- г) возможность установления патогенеза заболевания.

4. О какой причине развития непроходимости анастомоза следует думать в первую очередь у данного больного?

- а) развитие воспаления в области анастомоза;
- б) рубцовая стриктура анастомоза;
- в) рецидив опухоли в области анастомоза;
- г) несостоятельность швов анастомоза;
- д) сдавление анастомоза метастатическими узлами опухоли.

Задача 3.

1) а; 2) б; 3) а; 4) в.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 6. ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тема 6.1. Морфофункциональные изменения в органах женщин при беременности. Плацента. Токсикозы беременности (гестозы).

Цель: Диагностика патологии беременности. Определение критических состояний в период течения всей беременности..

Задачи: научить определению состояния угрозы плоду.

Обучающийся должен знать: Критические периоды развития плода. Влияние на плод и эмбрион повреждающих факторов.

Обучающийся должен уметь: Распознавать токсикоз беременных, классификация, медицинская помощь. Показания для госпитализации, принципы терапии.

Обучающийся должен владеть: принципами оказания необходимой помощи на догоспитальном этапе беременным разных сроков беременности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Тестовый контроль:

Гипертрофией называется:

- 1) Восстановление ткани взамен утраченной
- *2) Увеличение объема клеток, ткани, органа
- 3) Уменьшение объема клеток, ткани, органа
- 4) Переход одного вида ткани в другой
- 5) Замещение соединительной тканью

Гистологическим признаком рака на месте (carcinoma in situ) является:

- 3) Инвазивный рост
- 4) Метастазы
- *3) Внутриэпителиальный злокачественный рост
- 6) Кровоизлияния в ткань опухоли
- 7) Некроз опухоли

Опухоль Крукенберга представляет собой:

- 3) Тератобластому яичников
- 4) Двусторонний рак яичников солидного строения
- *3) Метастаз рака желудка в яичник

- 6) Метастаз рака желудка в надключичный лимфатический узел
- 7) Опухоль почки

Для истинной эрозии шейки матки характерно:

- 1) Увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к орогованию сквамозного эпителия
- *2) Деструкция эпителия с воспалительной инфильтрацией подлежащих тканей
- 3) Пролиферация резервных клеток

Эклампсия беременных обычно развивается:

- 1) В первом триместре беременности
- 2) Во втором триместре беременности
- *3) В третьем триместре беременности

2) Изучить макро и микропрепараты

2.1. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Макропрепарат № 100. Псевдоэрозия шейки матки.

На гладкой, блестящей поверхности влагалищной части шейки матки в области наружного зева отмечается кровотокающий дефект в виде красноватого и слегка шероховатого пятна с довольно четкой неровной границей. Это ложная эрозия слизистой оболочки цервикального канала. Псевдоэрозия иногда приподнята над окружающей поверхностью шейки, особенно при гипертрофическом ее варианте. Границы истинной эрозии менее четкие, дно обычно западает и выполнено воспалительным фибринозным экссудатом. Эндоцервикоз возникает после перенесенных урогенитальных инфекций, а также при дисгормональных нарушениях, и относится к облигатному предраку.

Макропрепарат № 37. Фибринозный эндометрит.

Матка несколько увеличена, полость её расширена. На эндометрии наблюдаются пленки фибрина серо-желтого цвета, покрывающие всю полость матки. Миометрий дряблый, розово-серый, сосуды его расширены и полнокровны. На шейке матки следы ожога перманганатом калия чёрно-коричневого цвета. Экссудат при остром эндометрите фибринозно-гнойный, мышца при этом мягкая, сочная. В плотно инфильтрированной клетчатке параметрия тромбированные вены, служащие нередко источником инфицированных эмболов. Такой патологический процесс, как правило, развивается после родов или абортов.

Макропрепарат № 101. Трубная беременность.

В ампулярном отделе маточной трубы визуализируется утолщение, обусловленное эктопической беременностью. В просвете губчатая полнокровная ткань и плодное яйцо, пропитанные кровью. В этой зоне часты разрывы трубы. Тогда в брюшной полости обнаруживают большое количество крови со сгустками. Разрыв трубы обычно сопровождается коллапсом. Имплантация в узком истмическом или фимбриальном отделах может привести к полному трубному аборту с выпадением в брюшную полость всех тканей плодного яйца, даже без нарушения целостности трубы. Иногда прервавшаяся трубная беременность не сопровождается тяжелым кровотечением, заставляющим обратиться к врачу, а происходит постепенная организация погибшего плода и свертков крови с дальнейшей его резорбцией или мумификацией.

Макропрепарат № 102. Пузырный занос.

Плацента представлена гидропическим превращением ворсин хориона с резким увеличением их количества, в виде разрозненного конгломерата кист белесовато-серого цвета, напоминающих гроздь винограда, заполненных полупрозрачной жидкостью (плод при этом гибнет). Вростание ворсин хориона глубоко в миометрий приводит к деструктирующему (злокачественному) пузырному заносу, возможна плацентарная эмболия легких или перерождение в хорионэпителиому.

Макропрепарат № 57. Хорионэпителиома.

Размеры матки превышают норму в 2 раза, стенка её тестоватой консистенции, полость расширена, в области отверстий маточных труб диагностируется мягкий опухолевый узел ячеистого строения на широком основании, тёмно-красного цвета. Для хорионэпителиомы характерны обширные участки некроза и массивные кровоизлияния. Страдают беременные молодые женщины. Источником развития служит хориональный эпителий после пузырного заноса, аборта и родов. Карцинома синтезирует хорионический гонадотропин, поэтому в половине случаев сочетается с тека-лютеиновыми кистами обоих яичников. Распространяется по кровеносным сосудам во влагалище и лёгкие.

Макропрепарат № 103. Рак молочной железы.

Препарат представлен сектором молочной железы. Из его основания в ткань железы, имеющую желтоватый цвет и мягко-эластичную консистенцию, врастает опухолевый узел с нечеткими границами. Тяжи неоплазмы более плотные, серые, волокнистого строения. Так как опухоль обладает инфильтрирующим ростом,

то прорастает дерму и тянет ее на себя, тем самым обуславливая деформацию грудной железы (феномен апельсиновой корки). Гистологически преобладают аденоарцинома и скирр.

2.2. Ракрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 203. Псевдоэрозия шейки матки.

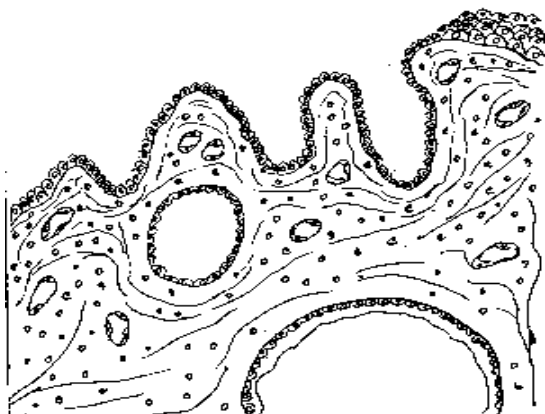
(окраска гематоксилином и эозином)

В толще влагалищной порции шейки матки визуализируется изменение покрывающего эпителиального пласта в виде однослойного цилиндрического эпителия и скопления желез, местами погруженных в фиброзную ткань шейки. Некоторые железы кистозно расширены (Наботиевы кисты). Сосуды под эпителием полнокровны и придают макроскопически эрозии ярко-красный цвет. Для пролиферирующего эндоцервикоза характерно новообразование железистых структур, развивающихся из камбиальных элементов призматического эпителия канала шейки, способного дифференцироваться как в железистый, так и в плоский эпителий. При простом эндоцервикозе железы не имеют признаков новообразования. Для заживающего эндоцервикоза

типично врастание в железы плоского эпителия и замещение им призматического.

Обозначить:

- 1 – многослойный плоский неороговевающий эпителий;
- 2 – дефект ткани, выстланный цилиндрическим эпителием;
- 3 – погружение желёз в фиброзную ткань.



Микропрепарат № 205. Соскоб (аспират) из полости матки при беременности.

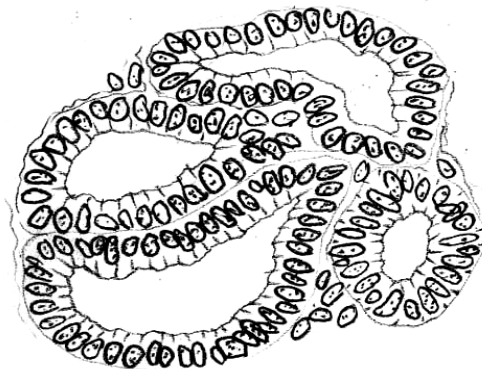
(окраска гематоксилином и эозином)

В полости матки определяется ткань эндометрия со светлыми железами и просветлённым набухшим эпителием. В месте соприкосновения децидуальной ткани с хорионическим эпителием видна зона коагуляционного некроза с выпадением фибрина. Фибриноидный некроз входит в состав базальной (слой Нитабух) и хориальной (слой Лангханса) пластин. Хорион формирует ворсины, образованные следующими структурами: в центральной части располагается кровеносный сосуд, окружённый рыхлой соединительной тканью. Внутренний слой цитотрофобласта представлен большими округлыми, овальными или полигональными светлыми децидуальными клетками, образующими «черепицеобразные» пласты. Снаружи располагается синцитиотрофобласт - двухслойный эпителий с базофильной цитоплазмой и интенсивно окрашенными ядрами. Наличие децидуальной ткани, слоя Нитабуха и ворсин хориона

является основными признаками беременности.

Обозначить:

- 1 – ворсины хориона;
- 2 – сосуды, проходящие в центре ворсины;
- 3 – децидуальная ткань;
- 4 – фибриноидный некроз в месте прилегания



хорионического эпителия (слой Нитабух).

Микропрепарат № 204. Аденокарцинома в соскобе из полости матки.

(окраска гематоксилином и эозином)

Опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины, клетки с признаками

полиморфизма, гиперхромией ядер, наличием митозов. Во многих железах наблюдается стратификация эпителия (многорядность), иногда с образованием сосочков. Стромальный компонент карциномы выражен незначительно, секреторная функция желез практически отсутствует. Местами визуализируются участки некроза, окруженные воспалительным инфильтратом.

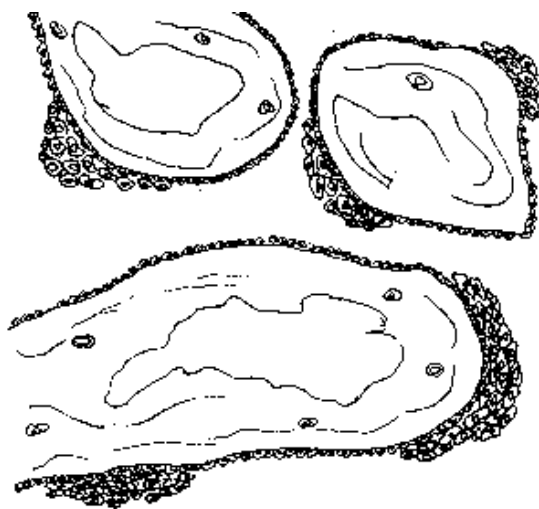
Обозначить:

- 1 – железистоподобные структуры;
- 2 – опухолевый эпителий с признаками клеточно-ядерного атипизма;
- 3 – опухолевая строма с элементами воспаления.

Микропрепарат № 206. Пузырный занос.

(окраска гематоксилином и эозином)

В соскобе из полости матки определяются многоядерные клетки синцитиотрофобласта и одноядерные клетки цитотрофобласта (клетки Лангханса) с более интенсивным окрашиванием ядер, имеющих различную величину и форму, неравномерное распределение хроматина. Ворсины крупные, кистозно-изменённые, сосуды в них отсутствуют. Фиброзная ткань отёчная, распадающаяся, в ней встречаются макрофаги Калечка.



Обозначить:

- 1 – кистозно-расширенные ворсины хориона;
- 2 – нарушение нормального строения ворсин (отсутствие сосудов).

Решить ситуационные задачи:

Задача №30.

При первичном осмотре у недоношенного новорожденного заподозрено внутриутробное инфекционное заболевание. Для уточнения диагноза проведено гистологическое исследование плаценты, в ней обнаружены гранулёмы, состоящие из лимфоцитов, эпителиоидных и многоядерных гигантских клеток Пирогова-Лангханса и очагов казеозного некроза.

1. Какое заболевание может быть заподозрено у матери и новорожденного?
2. Возможные пути инфицирования плода?

Задача №36.

Новорожденный ребёнок, родившийся на 36 неделе беременности, с большой массой тела равной 4 кг, умер через несколько часов после рождения в состоянии асфиксии. На вскрытии констатирован багрово-синюшный цвет кожных покровов, петехии, пастозность мягких тканей, гепато-кардиомегалия

1. Какое состояние может быть заподозрено у новорожденного?

Задача №41.

У недоношенного новорожденного, испытывающего гипоксию в родах, через несколько часов после рождения констатирован синдром дыхательных расстройств; ребёнок умер в состоянии асфиксии на 2-е сутки жизни. При вскрытии – масса лёгких увеличена, лёгкие зелёного цвета с поверхности на разрезе.

1. Ваш диагноз?
2. Чем обусловлен зелёный цвет лёгочной ткани?

3. Возможные осложнения?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 6. ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тема 6.2. Гистофизиология и гистопатология овариально-менструального цикла. Патология эндометрия.

Цель: ознакомить с возможными нарушениями овариально-менструального цикла и методам лекарственной коррекции

Задача: Разобрать подробно варианты нарушений яичникового, центрального генеза овариально-менструального цикла. Объяснить патологию эндометрия.

Обучающийся должен знать: физиологию овариально-менструального цикла

Обучающийся должен уметь: диагностировать и корректировать физиологические нарушения овариально-менструального цикла

Обучающийся должен владеть: анализом клинико-морфологических взаимоотношений при выраженном нарушении как овариально-менструального цикла, так и нарушениями при патологии эндометрия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

1) из соединительной

2) из эпителиальной

3) из мышечной

4) из элементов трофобласта

2. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ

1) во влагалище

2) в мозг

3) в почки

4) в легкие

3. ПРИБИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) хирургический метод

2) лучевую терапию

3) комбинированную химиотерапию

4) иммунотерапию

4. ПРИБИ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) боли внизу живота

2) кровянистые выделения из половых путей

3) несоответствие размеров матки предполагаемому сроку беременности

4) лютеиновые кисты яичников

5. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

1) бимануальное исследование

2) гормональный метод

3) гистологический метод

4) лучевая диагностика

6. ПОКАЗАНИЕ ДЛБХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОРИОКАРЦИНОМБ

1) перфорация матки

2) метастазирование опухоли

3) текалютеиновые кисты

4) ациклические кровотечения

7. ПОКАЗАНИЕ ДЛБХОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОРИОКАРЦИНОМБ

1) распад и некроз опухоли

2) перфорация матки

3) разрыв текалютеиновой кисты

4) хориокарцинома I стадии

8. ПОКАЗАНИЕ ДЛБХМОНОХИМИОТЕРАПИИ

1) наличие метастазов

2) величина опухоли менее 3 см

3) высокий уровень ХГ

4) длительность заболевания более 4 месяцев

9. ПОКАЗАНИЕ ДЛБХПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

1) отсутствие метастазов

2) низкий уровень ХГ

3) длительность заболевания более 4 месяцев

4) величина опухоли менее 3 см

10. ДЛБХДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХОРИОКАРЦИНОМОЙ

1) 5 лет

2) 2 года

3) 3 года

4) 10 лет

11. ЦИСТАДЕНОМА ЯИЧНИКОВ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

1) эпителиальной ткани

2) клеток Сертоли

3) соединительной ткани

4) стромы полового тяжа

12. К ГОРМОНПРОДУЦИРУЮЩИМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКА ОТНОСЯТСЯ

1) зрелая тератома

2) фиброма

3) андробластома

4) фолликулярная киста

13. ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) эпителиальные

2) герминогенные опухоли

3) гормонпродуцирующие

4) соединительнотканые

14. ОСНОВНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРОЛИФЕРИРУЮЩИХ ЦИЛИОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КИСТОМ

- 1) двухсторонность поражения
- 2) многокамерность
- 3) наличие сосочковых разрастаний на капсуле
- 4) образование спаек с соседними органами

15. ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ПАПИЛЛЯРНОЙ СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ

- 1) 10 – 20%
- 2) 2 – 8%
- 3) 50 – 60%
- 4) 35 – 40%

16. ПРИ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ

- 1) адгезивный периаднексит
- 2) разрыв стенки опухоли
- 3) нагноение опухоли
- 4) перекручивание ножки опухоли

17. ДЛЯ ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МУЦИНОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) папиллярные разрастания
- 2) извращение процесса слизеобразования
- 3) многокамерность и односторонность поражения
- 4) склонность к малигнизации

18. ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ МУЦИНОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМА

- 1) 10 – 12%
- 2) 20 – 30%
- 3) 6 – 10%
- 4) 60 – 70%

19. ФЕМИНИЗИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

- 1) гипернефромы
- 2) опухоли из хилиосных клеток
- 3) текомы
- 4) лютеомы

20. МАСКУЛИНИЗИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

- 1) текомы
- 2) фибромы
- 3) андробластомы
- 4) гипернефромы

21. РАК ЯИЧНИКОВ ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ В СТРУКТУРЕ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗАНИМАЕТ ... МЕСТО

- 1) 1 место
- 2) 2 место
- 3) 3 место
- 4) 4 место

22. К ФАКТОРАМ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ РАКА ЯИЧНИКОВ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) кровотечение в постменопаузе
- 2) отсутствие в анамнезе беременности
- 3) эндометриоз яичников
- 4) хроническое воспаление придатков матки

23. УРОВЕНЬ СА – 125 ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

- 1) 35-50 МЕ/мл
- 2) 50-100 МЕ/мл
- 3) 200-1200 МЕ/мл
- 4) 1500-2000 МЕ/мл

24. ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ РАК ЯИЧНИКОВ

- 1) первичный
- 2) вторичный
- 3) метастатический
- 4) гематогенный

25. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ

- 1) бимануальное исследование
- 2) определение опухолевых маркеров

3) ультразвуковое исследование органов малого таза

4) гистологическое исследование ткани яичника

26. ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В ЯИЧНИК ИЗ

1) из матки

2) из желудочно-кишечного тракта

3) из молочных желез

4) из мочевого пузыря

27. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РАКА ИЗ СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ

1) 10 – 20%

2) 2 – 8%

3) 50 – 60%

4) 35 – 40%

28. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ ПОРАЖЕНИЯ. ОПУХОЛЬ ОГРАНИЧЕНА ОДНИМ ЯИЧНИКОМ, НО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ РАКОВЫЕ КЛЕТКИ В СМЫВАХ

1) I стадия

2) II стадия

3) III стадия

4) IV стадия

29. ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ НАЧИНАЮТ С ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ СТАДИИ

1) I стадия

2) II стадия

3) III стадия

4) IV стадия

30. НЕ ОТНОСИТСЯ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ЯИЧНИКОВ

1) лучевая терапия

2) химиотерапия

3) гормонотерапия

4) иммунотерапия

31. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИА

1) гиперэстрогения

2) иммунные нарушения

3) урогенитальные инфекции

4) эндокринные заболевания

32. СИНОНИМ: ПРЕИНВАЗИВНАЯ КАРЦИНОМА, 0 СТАДИЯ РАКА

1) железистая гиперплазия эндометрия

2) полипы эндометрия

3) атипическая гиперплазия эндометрия

4) аденоматоз

33. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИА 1) меноррагии

2) бесплодие

3) невынашивание

4) болевой синдром

34. ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫЙ СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИА

1) ультразвуковое исследование

2) гистеросальпингография

3) гистероскопия

4) экскреторная урография

35. ПРИ НОРМАЛЬНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ТОЛЩИНА ЭНДОМЕТРИА В ПЕРВОЙ ФАЗЕ ЦИКЛА СООТВЕТСТВУЕТ

1) 5 – 6 мм

2) 3 – 4 мм

3) 12 – 15 мм

4) 10 – 13 мм

36. ПРИ НОРМАЛЬНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ТОЛЩИНА ЭНДОМЕТРИА ВО ВТОРОЙ ФАЗЕ ЦИКЛА СООТВЕТСТВУЕТ

1) 12 – 15 мм

2) 5 – 6 мм

3) 3 – 4 мм

4) 16 – 18 мм

37.ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

1) гистероскопия

2)раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала

3) гистеросальпингография

4) аспирационная биопсия эндометрия

38.РАЗДЕЛЬНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ

1) за 3 – 4 дня до ожидаемой менструации

2) на 5 – 7 день цикла

3) на 12 – 14 день цикла

4) за 7 дней до ожидаемой менструации

39.АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

1) отсутствие эффекта от гормонального лечения

2) сочетание гиперплазии эндометрия с опухолью яичников

3) рецидив гиперпластического процесса

4) возраст больной

40.ПОКАЗАНИЯ К СНЯТИЮ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА БОЛЬНЫХ С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ

1) женщина старше 50 лет

2) нормализация менструального цикла

3) постменопауза

4) беременность

41.ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ГИПЕРЭСТРОГЕНИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

1)ановуляция в репродуктивном периоде и пременопаузе

2)гиперплазия тека – ткани яичников в пре- и постменопаузе

3)ожирение

4)урогенитальные инфекции

42.ПРИ ГОРМОНОЗАВИСИМОМ ВАРИАНТЕ ОПУХОЛЬ

1) высоко дифференцирована

2) низкодифференцирована

3) умереннодифференцирована

4) III степень дифференцировки

43.НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

1) дно матки

2) по боковым стенкам матки

3) нижний сегмент тела матки

4) угол матки

44.ОСНОВНОЙ ПУТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ

1) лимфатический

2) гематогенный

3) имплантационный

4) лимфатический и гематогенный

45.РАННИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА ТЕЛА МАТКИ

1) кровянистые выделения из половых путей

2) бели

3) сильная боль внизу живота

4) бесплодие

46.ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

1) гистероскопия

2) гистологическое исследование

3) лимфография

4) внутриматочная флебография

47.ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ

1) I, II, III, IV стадии заболевания

2) наличия противопоказаний к хирургическому лечению

3) отказ больной от хирургического лечения

4) генерализованные формы опухолевого процесса

48.ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ ЗАВИСИТ

- 1) от стадии заболевания
- 2) от возраста
- 3) от морфологических структур опухоли
- 4) от состояния опухолевого процесса

49.ОПУХОЛЬ НЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ К ЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- 1) саркома тела матки
- 2) аденокарцинома
- 3) плоскоклеточный рак тела матки
- 4) папиллярная цистаденокарцинома

50.ГОРМОНОТЕРАПИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

- 1) атипической железистой гиперплазии эндометрия
- 2) полипах эндометрия
- 3) раке тела матки
- 4) аденоматоз

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ 1 – 4 19 – 3 37 – 2 55 – 1 73 – 1 2 – 4 20 – 4 38 – 1 56 – 2 74 – 3 3 – 4 21 – 3 39 – 1 57 – 2 75 – 3 4 – 2 22 – 3 40 – 2 58 – 1 76 – 3 5 – 3 23 – 3 41 – 1 59 – 2 77 – 3 6 – 1 24 – 2 42 – 1 60 – 3 78 – 2 7 – 4 25 – 3 43 – 1 61 – 4 79 – 1 8 – 2 26 – 2 44 – 1 62 – 2 80 – 4 9 – 3 27 – 3 45 – 1 63 – 4 81 – 3 10 – 1 28 – 1 46 – 2 64 – 4 82 – 1 11 – 1 29 – 4 47 – 2 65 – 2 83 – 1 12 – 3 30 – 1 48 – 4 66 – 1 84 – 1 13 – 1 31 – 1 49 – 1 67 – 2 85 – 3 14 – 3 32 – 3 50 – 1 68 – 1 86 – 4 15 – 3 33 – 1

3.Решение ситуационных задач:

Задача №4

Больная К., 33 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на длительные (до 10 дней) и обильные менструации, приводящие к снижению гемоглобина, в течение года. В анамнезе: Менструации с 11 лет, установились сразу, регулярные (по 5 дней, цикл 28 – 30 дней), умеренные, безболезненные. За последний год менструации стали более длительными (до 10 дней), обильными, иногда со сгустками крови, болезненными, приводящие к снижению гемоглобина (с 135 г/л за последние полгода до 100 г/л).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледноватые. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 100/75 мм.рт.ст., ЧСС – 73 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка в пределах нормы. Физиологические отправления не нарушены. Лабораторные показатели: анализ крови. Hb – 100 г/л. УЗИ органов малого таза (5 – 7 дни менструального цикла): в области дна матки определяется округлое образование с четкими контурами и тонким эхонегативным ободком диаметром до 3,5 см., на фоне расширенной полости матки.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка конической формы, слизистая чистая. Выделения из цервикального канала сукровичные, скудные. Бимануально: тело матки в anteflexio-versio, немного больше нормы, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Своды и параметрий свободны.

Задания к задаче №4

Поставьте предварительный диагноз. Какие клинические симптомы подтверждают диагноз? Какие дополнительные методы исследования позволят уточнить диагноз? Определите тактику ведения больной. Какие показания к хирургическому лечению при данной патологии? Назовите противопоказания к гормонотерапии

Эталон ответа к задаче №4 Предварительный диагноз: полип эндометрия. Основным клиническим симптомом – длительные, обильные и анемизирующие менструации. Ультразвуковое исследование матки, раздельное диагностическое исследование полости матки под контролем гистероскопии. Проводится abrasion cavi uteri, желательна под контролем гистероскопии, во время гистероскопии коагулируют ложе ножки полипа. После удаления полипа, сразу, с целью профилактики рецидива назначают гестагены (утрожестан или дюфастон), в течение 3-6 месяцев с 5-ого по 25-й дни цикла, с последующим ультразвуковыми гистероскопическим контролем полости матки. Отсутствие эффекта от консервативного лечения, рецидив заболевания, сочетание с миомой матки, аденомиозом, поликистозом яичников или опухолью яичников, дисплазией шейки матки. Злокачественные опухоли, увеличение придатков, миома тела матки, соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Задача №7

Больная М., 29 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота, темные выделения из половых путей за несколько дней до и после менструации, отсутствие

наступления беременности. Считает себя больной в течение 3-х лет, когда стала отмечать появление вышеуказанных жалоб. Анамнез: Менструации с 12 лет, установились сразу (по 6 дней через 28 дней) умеренные, последние 3 года болезненные. Половая жизнь с 16 лет, вне брака. Беременностей не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 100 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм. рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на его верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, стул и мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Лабораторные показатели: общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты- 4,5x10⁹ /л, СОЭ – 8 мм/ч.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, розовая. Тело матки несколько больше нормы, подвижное, умеренно болезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Задания к задаче №7

Поставьте диагноз. Дайте определение эндометриоза. Назовите классификацию эндометриоза. Определите план дальнейшего обследования. Перечислите возможные осложнения эндометриоза. Какие изменения менструальной функции характерны для аденомиоза? Определите тактику лечения больной.

Эталоны ответов к задаче №7

Предварительный диагноз: аденомиоз. Эндометриоз (эндометриозидная болезнь) - дисгормональное, иммунозависимое и генетически обусловленное заболевание с доброкачественным разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами полости матки. Классификация эндометриоза: 1. Генитальная форма: - внутренний (тело матки, перешеек, интерстициальные отделы маточных труб); - наружный (наружные половые органы, влагалище и влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область, яичники, маточные трубы, брюшина, выстилающая органы малого таза). 2. Экстрагенитальная форма: - кишечника; - органов мочевой системы; - послеоперационных рубцов; - легких; - других органов. 3. Сочетанная форма. Гормональное исследование крови, гинекологическое исследование, УЗИ, гистеросальпингография, диагностическое выскабливание полости матки, гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия. Бесплодие, нарушение менструальной функции, постгеморрагическая анемия. Альгоменорея, метроррагия. Гормональная терапия.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента

4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента
---	--------------------------------------	----------------------------	---	----	-------------------------------

РАЗДЕЛ 7. ПРЕ- И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО И ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

Тема 7.1. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста.

Цель: Ознакомить с патологией, которая может возникать в перинатальном и детском возрасте.

Задачи: научить распознавать и вовремя диагностировать болезни перинатального и детского возраста.

Обучающийся должен знать: особенности течения изменений в органах при болезнях детского возраста.

Обучающийся должен уметь: оценивать ситуацию и вовремя диагностировать болезни перинатального и детского возраста.

Обучающийся должен владеть: методиками выявления и ведения больных с болезнями перинатального и детского возраста.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Тестовый контроль.

Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста.

Вопрос № 1

Для поражения глаз при второй форме врожденного токсоплазмоза характерны все перечисленные изменения, кроме:

- 1 Колобомы
- 2 Продуктивно-некротического эндофтальмита (+)
- 3 Помутнения хрусталика
- 4 Рубцовых изменений
- 5 Атрофии сетчатки

Вопрос № 2

При первичных иммунодефицитах у детей инфекционный процесс в органах проявляется всеми перечисленными видами воспаления, кроме:

- 1 Серозного (+)
- 2 Гнойного
- 3 Продуктивного

Вопрос № 3

Основной макроскопический признак переносимости беременности:

- 1 Мягкие хрящи ушных раковин
- 2 Обиле пушковых волос на коже
- 3 ЯдроБеклара более 0,5 см в диаметре (+)
- 4 Мягкие кости черепа

Вопрос № 4

У детей наиболее часто встречаются опухоли:

- 1 Папилломы
- 2 Аденомы (+)
- 3 Ангиомы
- 4 Невусы
- 5 Ангиодисплазии

Вопрос № 5

Причинами вторичной острой плацентарной недостаточности являются все перечисленные, кроме:

- 1 Нарушения созревания ворсин
- 2 Нарушения строения последа

- 3 Отслойки плаценты (+)
- 4 Сдавления пуповины
- 5 Ложного узла пуповины

Вопрос № 6

Биологические факторы, обладающие наибольшим тератогенным действием

- 1 бактерии
- 2 вирусы (+)
- 3 простейшие

Вопрос № 7

Морфологическими признаками незрелой плаценты являются все перечисленные, кроме:

- 1 Разастания соединительной ткани вокруг сосудов
- 2 Двуслойной выстилки ворсин
- 3 Обширных участков обызвествления
- 4 Наличия стромальных каналов и клеток Кащенко (+)
- 5 Облитерации сосудов ворсин

Вопрос № 8

К миаотогенезу относят все следующие этапы развития человеческого зародыша в полости матки кроме

- 1 гаметогенеза (+)
- 2 бластогенеза
- 3 эмбриогенеза
- 4 раннего фетогенеза
- 5 позднего фетогенеза

Вопрос № 9

Вирусы гриппа у детей тропны к эпителию:

- 1 Носоглотки
- 2 Гортани
- 3 Трахеи
- 4 Бронхов
- 5 Все перечисленное верно (+)

Вопрос № 10

В строку А свидетельства о причине перинатальной смерти можно внести вариант:

- 1 Мертворожденный
- 2 Тяжелая недостаточность питания плода
- 3 Внутриутробная гипоксия (+)
- 4 Предлежание плаценты
- 5 Тяжелая преэклампсия

Вопрос № 11

Заподозрить первичный иммунодефицит после вскрытия можно, используя все перечисленные методы исследования, кроме:

- 1 Макроскопического
- 2 Микроскопического
- 3 Цитологического (+)
- 4 Иммунологического
- 5 Все перечисленное верно

Вопрос № 12

В экссудат при парагриппозной пневмонии у детей может входить все перечисленное, кроме:

- 1 Десквамированного эпителия дыхательной трубки
- 2 Десквамированных альвеолоцитов (+)
- 3 Серозной жидкости
- 4 2-х и 3-х ядерных гигантских клеток без изменений структуры ядра
- 5 Белковых масс

Вопрос № 13

Относительным макроскопическим признаком переносимости является все перечисленные, кроме:

- 1 Сухих кожных покровов с обильным шелушением
- 2 Низкого расположения пупочного кольца (+)
- 3 Плотных костей черепа

Вопрос № 14

При неосложненном гриппе у детей патологоанатомическая картина складывается из всего перечисленного, кроме:

- 1 Поражения эпителиального барьера органов дыхания
- 2 Поражения периферической нервной системы (+)
- 3 Токсикоза

Вопрос № 15

В строку А свидетельства о причине смерти живорожденного в возрасте 2 дня можно внести вариант:

- 1 Травматическое субдуральное кровоизлияние (+)
- 2 Массивная аспирация мекония
- 3 Внутриутробная гипоксия
- 4 Родоразрешение с помощью щипцов
- 5 Тяжелая преэклампсия

Вопрос № 16

К эмбриопатиям относят порок развития:

- 1 крипторхизм
- 2 сиреномелия
- 3 гипоплазия почек
- 4 тетрада Фалло (+)
- 5 Персистенция урахуса

Вопрос № 17

Частыми формами внутриутробной Коксаки В-инфекции являются все перечисленные кроме:

Варианты ответов

- 1 Герпетической ангины
- 2 Энцефалита (+)
- 3 Гастроэнтерита
- 4 Серозного менингита
- 5 Миалгии

Вопрос № 18

Острые респираторные вирусные инфекции могут вызывать все перечисленные вирусы, кроме:

- 1 Вирусы гриппа
- 2 Вирусы парагриппа
- 3 Вируса респираторно - синцитиальной инфекции
- 4 Вируса Коксаки (+)
- 5 Аденовирусов

Вопрос № 19

Для пневмоцистной пневмонии не характерным является:

- 1 Гнойный экссудат (+)
- 2 Пенистое содержимое в альвеолах
- 3 Интерстициальное воспаление
- 4 Спонтанный пневмоторакс

Вопрос № 20

При поражении желудочно-кишечного тракта иерсиниями у детей характерны все перечисленные виды воспаления кроме:

- 1 Катаральное
- 2 Гнойное

- 3 Фибринозное (+)
- 4 Геморрагическое
- 5 Некротическое

Вопрос № 21

У детей встречаются все перечисленные клинико-анатомические формы сепсиса кроме:

- 1 Септицемия
- 2 Септикопения
- 3 Холемия (+)
- 4 Сепсиса лента

Вопрос № 22

Для поражения желудочно-кишечного тракта у детей респираторными вирусами типичны все перечисленные изменения, кроме:

- 1 Специфических изменений энтероцитов
- 2 Циркуляторных расстройств
- 3 Клеточной инфильтрации
- 4 Поражения нервного аппарата (+)

Вопрос № 23

Непосредственные причины смерти детей при гриппе:

- 1 Интоксикация
- 2 Кровоизлияние в головной мозг
- 3 Пневмония
- 4 Верно А и Б (+)
- 5 Верно А и В

Вопрос № 24

Специфическое морфологическое изменение в органах при цитомегалии:

- 1 Некроз клеток зараженных вирусом
- 2 Лейкоцитарная инфильтрация стромы
- 3 Гигантоклеточный метаморфоз клеток (+)
- 4 Образование гранулем

Вопрос № 25

К генопатиям относят

- 1 синдром Дауна
- 2 синдром Патау
- 3 синдром Эдвардса
- 4 энзимопатии (+)

Вопрос № 26

Путь передачи инфекции от человека к человеку при листериозе:

- 1 Воздушно-капельный
- 2 Внутриутробный (+)
- 3 Алиментарный
- 4 Через кровососущих насекомых

Вопрос № 27

Респираторно-синцитиальные вирусы у детей наиболее тропны к эпителию:

- 1 Носоглотки
- 2 Горгани
- 3 Трахеи
- 4 Бронхов (+)

Вопрос № 28

При поражении желудочно-кишечного тракта у детей клебсиеллами характерно воспаление:

- 1 Катаральное (+)
- 2 Гнойное

- 3 Геморрагическое
- 4 Некротическое

Вопрос № 29

Для респираторно-синцитиальной инфекции у детей со стороны эпителия характерен процесс:

- 1 Десквамативный
- 2 Проллиферативный (+)
- 3 Некротический

Вопрос № 30

К порокам развития формы плаценты, оказывающим вредное влияние на плод, относят все перечисленные, кроме:

- 1 Многодолевой
- 2 С добавочными дольками
- 3 Окружённой валиком (+)
- 4 Двудолевой
- 5 Окончатой

Вопрос № 31

Желтушное окрашивание при гемолитической болезни новорожденного интенсивно во всех перечисленных тканях, кроме:

- 1 Костей (+)
- 2 Подкожной клетчатки
- 3 Сердца
- 4 Стенки желудочка и кишечника

Вопрос № 32

Для врожденной гиперализованной цитомегалии обязательным является поражение всех перечисленных органов, кроме:

- 1 Тимуса
- 2 Головного мозга (+)
- 3 Поджелудочной железы
- 4 Легких
- 5 Сердца

Вопрос № 33

У детей наиболее часто встречается опухоль:

- 1 Дисгерминома
- 2 Миобластома
- 3 Арахнобластома
- 4 Нейробластома (+)

Вопрос № 34

Один из наиболее частых видов травмы костей скелета плода - это перелом:

- 1 Костей таза
- 2 Плечевой кости
- 3 Ключицы (+)
- 4 Костей голени

Вопрос № 35

Для неосложненной формы гриппа у детей характерны следующие изменения в органах дыхания:

- 1 Большое пестрое легкое
- 2 Серозно-десквамативный бронхит и серозно-десквамативная пневмония (+)
- 3 Фибринозно-гнойный трахеит и бронхит
- 4 Геморагическая пневмония

Вопрос № 36

Структурно тератома не может быть:

- 1 Гистиоидной

- 2 Органоидной
- 3 Организмоидной
- 4 Смешанной (+)

Вопрос № 37

Из доброкачественных опухолей плаценты чаще всего встречаются:

- 1 Пузырный занос
- 2 Тератома
- 3 Гемангиома (+)

Вопрос № 38

Компенсаторная реакция со стороны плаценты на местную гипоксию:

- 1 Ангиоматоз
- 2 Увеличение количества синцитиальных почеч (+)
- 3 Верно А и Б

Вопрос № 39

Пневмония по этиологии не может быть:

- 1 Вирусной
- 2 Бактериальной
- 3 Вызванной простейшими
- 4 Вызванной грибами
- 5 Аспирационной (+)

Вопрос № 40

Признаком "специфического" воспаления в послепе при врожденном листериозе являются все перечисленные изменения, кроме:

- 1 Казеозного некроза
- 2 Многогистиоцитарной гранулёмы (+)
- 3 Лейкоцитарной инфильтрации
- 4 Лимфоидных инфильтратов
- 5 Гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса

Вопрос № 41

Аденовирусы у детей наиболее тропны к эпителию:

- 1 Носоглотки (+)
- 2 Гортани
- 3 Трахеи
- 4 Бронхов

Вопрос № 42

К фетопатиям относят порок развития:

- 1 Крипторхизма
- 2 Гипоплазии почек
- 3 Персистенци урахуса
- 4 Микроцефалии
- 5 Тетрады Фалло (+)

Вопрос № 43

При внутриутробном кандидозе поражение чаще локализуется в:

- 1 Коре полушарий
- 2 Субэпендимиарных отделах желудочков (+)
- 3 Мозжечке
- 4 Стволе мозга

Вопрос № 44

Альтернатвное изменение в органах, не характерное для внутриутробной герпетической инфекции:

- 1 Коагуляционный некроз (+)

- 2 Колликвационный некроз
- 3 Инфаркт

Вопрос № 45

К опухолям, часто прослеживающимся в родословной по вертикали, относят:

- 1 Нефробластому
- 2 Миобластому
- 3 Ретинобластому (+)
- 4 Гепатобластому

Вопрос № 46

К видам плацентарных кровотечений из материнской части относят все перечисленные, кроме:

- 1 Ретроплацентарной гематомы (+)
- 2 Кровотечения в межворсинчатое пространство
- 3 Кровотечения в околоплодные воды
- 4 Кровотечения в струму ворси

Вопрос № 47

К пограничному состоянию между нормой и патологией относят в незрелой плаценте вариант:

- 1 Эмбриональных ворсин
- 2 Промежуточных ветвей
- 3 Диссоциированного развития плаценты (+)
- 4 Хаотичного склерозирования ворсин

Вопрос № 48

Основной путь инфицирования при токсоплазмозе:

- 1 Воздушно-капельный
- 2 Алиментарный
- 3 Трансплацентарный
- 4 Через кровососущих животных
- 5 Верно Б и В (+)

Вопрос № 49

К эндогенным факторам, вызывающим пороки развития, относят все, кроме

- 1 инфекционных заболеваний (+)
- 2 эндокринных заболеваний
- 3 возраста родителей

Вопрос № 50

К микроскопическим признакам септицемии у детей относят все перечисленное, кроме:

- 1 Миелома иммунных органов, проявления геморрагического диатеза
- 2 Дистрофических изменений в паренхиме внутренних органов
- 3 Септических интерстициальных инфильтратов
- 4 Реактивного миелоэритробластоза
- 5 Поражения центральной нервной системы (+)

Вопрос № 51

Характерным компенсаторным механизмом при поздних токсикозах беременности, обеспечивающими развитие плода, являются все перечисленные, кроме:

- 1 Выпадение фибриноида в межворсинчатое пространство
- 2 Гиперплазии капилляров (+)
- 3 Появления вновь образованных ворсин
- 4 Появления афункциональных зон и псевдоинфарктов

Вопрос № 52

Вирусы парагриппа у детей наиболее тропны:

- 1 Носоглотки
- 2 Гортани (+)

- 3 Трахеи
- 4 Бронхов

Вопрос № 53

В воспалительном инфильтрате при колибактериальной инфекции у детей не обнаруживают:

- 1 Лимфоциты
- 2 Моноциты
- 3 Лейкоциты
- 4 Эритроциты (+)

Вопрос № 54

Для поражения желудочно-кишечного тракта у детей патогенными штаммами кишечной палочки характерны все перечисленные изменения, кроме:

- 1 Поражения энтероцитов
- 2 Циркуляторных изменений
- 3 Клеточной инфильтрации
- 4 Изменения ганглиозных клеток интрамуральных ганглиев
- 5 Поражения серозного покрова (+)

Вопрос № 55

К родовым повреждениям головного мозга и его оболочек не относят:

- 1 Эпидуральное кровоизлияние
- 2 Кефалогематому
- 3 Симметричные кровоизлияния под эпендиму боковых желудочков (+)
- 4 Разрыв дубликатур твердой мозговой оболочки

Вопрос № 56

Весь период развития человеческого зародыша включает в себя перечисленные этапы, кроме

- 1 гаметогенеза (+)
- 2 бластогенеза
- 3 фетогенеза

Вопрос № 57

Пневмония, в основе развития которой лежит патогенетический механизм:

- 1 Интерстициальная
- 2 Бронхопневмония
- 3 Аспирационная (+)

Вопрос № 58

Преобладающий тип воспалительной реакции при первой форме врожденного токсоплазмоза:

- 1 Проплиферация
- 2 Экссудация
- 3 Альтерация (+)

Вопрос № 59

Для патологоанатомического диагноза врожденного токсоплазмоза основным является обнаружение в гистологических срезах:

- 1 Воспалительных изменений
- 2 Свободно лежащих паразитов и псевдоцист (+)
- 3 Дистрофических изменений
- 4 Расстройства кровообращения
- 5 Расстройства лимфообращения

Вопрос № 60

Наиболее массивное кровоизлияние в полость черепа с проникновением крови вдоль сосудистых сплетений в желудочки мозга бывает при разрыве:

- 1 Серпа твердой мозговой оболочки
- 2 Намета мозжечка
- 3 Большой вены мозга (+)

Вопрос № 61

К бластопатиям не относят:

- 1 Крипторхизм (+)
- 2 Сиреномелию
- 3 Циклопию

Вопрос № 62

Возможный вариант заполнения свидетельства о причине перинатальной смерти:

- 1 Недоношенность
- 2 Spina bifida
- 3 Хроническая плацентарная недоношенность
- 4 Родоразрешение с помощью щипцов
- 5 Все неверно (+)

Вопрос № 63

Пневмонии по характеру экссудата не могут быть:

- 1 Серозно-десквамативными
- 2 Серозно-геморрагическими
- 3 Гнойными
- 4 Аспирационными (+)
- 5 Фибринозно-гнойными

Вопрос № 64

О наличии первичного иммунодефицита у детей свидетельствуют все перечисленные морфологические находки в органах иммуногенеза, кроме:

- 1 Очень малой массы тимуса
- 2 Очень большой массы тимуса
- 3 Значительного увеличения количества лимфоидной ткани в периферических органах иммуногенеза
- 4 Увеличения селезенки
- 5 Замещения костного мозга жировой тканью (+)

Вопрос № 65

Новизна раздела "Состояния, возникающие в перинатальном периоде" в МКБ-10 заключается в:

Изменении принципа доминирования патологии плода, новорожденного над патологией матери и последа

- 2 Изменения системы кодирования основных причин смерти
- 3 Расширения рубрики врожденных аномалий
- 4 Отсутствии изменений
- 5 Верно Б и В (+)

Вопрос № 66

Поражение желудочно-кишечного тракта у детей респираторными вирусами типичны все перечисленные изменения, кроме:

- 1 Шигелл, сальмонелл
- 2 Патогенной кишечной палочки
- 3 Респираторных вирусов
- 4 Стафилококка
- 5 Пневмоцист (+)

Вопрос № 67

Морфологические изменения при первой форме врожденного токсоплазмоза не характеризуются:

- 1 Пороком развития головного мозга (+)
- 2 Альтернативно-продуктивным менингоэнцефалитом
- 3 Альтернативно-продуктивным менингоэнцефалитом с гепатоспленомегалией, желтушным окрашиванием кожи и интимы крупных сосудов

Вопрос № 68

К сепсису может привести:

- 1 Катаральный артрит

- 2 Гнойный артрит
- 3 Гнойный периартрит
- 4 Верно Б и В (+)

Вопрос № 69

Для гематогенного пути инфицирования последа наиболее характерно воспаление:

- 1 Амниона
- 2 Хориальной пластинки
- 3 Пуповины, в частности, вены
- 4 Ворсин и их сосудов (+)
- 5 Базальной пластинки

Вопрос № 70

При поражении стафилококком желудочно-кишечного тракта у детей характерны все перечисленные виды воспалений, кроме:

- 1 Катарального (+)
- 2 Геморрагического
- 3 Фибринозного
- 4 Некротического

Вопрос № 71

При поражении желудочно-кишечного тракта сальмонеллами у детей характерны все перечисленные виды воспаления кроме:

- 1 Катарального
- 2 Фибринозного (+)
- 3 Некротического

Вопрос № 72

Для респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей характерны:

- 1 Одноядерные гигантские клетки с незначительно увеличенным ядром
- 2 Многоядерные гигантские клетки-симпласты (+)
- 3 Одноядерные гигантские клетки с резко увеличенным гиперхромным ядром
- 4 Многоядерные клетки в базальной пластинке плаценты

Вопрос № 73

Микроскопическим признаком недоношенности является:

- 1 Кисты в коре почек
- 2 Очаги экстрамедулярного кроветворения в печени (+)
- 3 Очаги глиоза в веществе головного мозга
- 4 Холестазы в печени

Вопрос № 74

К хромосомной патологии не относят

- 1 синдром Дауна
- 2 синдром Патау
- 3 синдром Эдвардса
- 4 энзимопатии (+)

Вопрос № 75

Частому возникновению пневмоний у детей раннего детского возраста не способствуют:

- 1 Незрелость иммунных реакций
- 2 Особенности строения бронхиального дерева
- 3 Особенности строения легочных структур
- 4 Особенности строения микроциркуляторного русла
- 5 Особенности иннервации (+)

Вопрос № 76

Локализация первичного септического очага при пупочном сепсисе у детей может быть во всех перечисленных образованиях кроме:

- 1 Пупочной ямке
- 2 Пупочной вене
- 3 Пупочной артерии
- 4 Аранциева протгока (+)
- 5 Мочевого протока

Вопрос № 77

В патогенезе острых респираторных вирусных инфекций у детей различают все перечисленные стадии, кроме стадии:

- 1 Репродукции вируса в клетках
- 2 Вирусемии
- 3 Поражения органов дыхания
- 4 Поражения ЦНС (+)
- 5 Ассоциации с другой флорой

Вопрос № 78

Интрамуральные нервные ганглии поражаются перечисленными возбудителями кроме:

- 1 Эшерихий
- 2 Шигелл
- 3 Стафилококка (+)

Вопрос № 79

У детей первичные септические очаги чаще всего наблюдаются во всех перечисленных органах кроме:

- 1 Пупочной ямки с сосудами
- 2 Почек
- 3 Легких
- 4 Кожи
- 5 Мышц (+)

Вопрос № 80

Пневмонии по распространенности патологического процесса не могут быть:

- 1 Двухсторонними
- 2 Мелкоочаговыми
- 3 Крупноочаговыми
- 4 Сегментарными
- 5 Интерстициальными (+)

Вопрос № 81

В функциональном отношении для возвратной трансформации тимуса характерны все перечисленные состояния, кроме:

- 1 Угнетения лимфопоэза
- 2 Снижения активности активности ретикулоэпителия
- 3 Неадекватных ответов на антигенные воздействия (+)

Вопрос № 82

К порокам развития амниона, часто сочетающимся с фетопатиями (диабетическая фетопатия, гемолитическая болезнь новорожденных), относят все перечисленные, кроме:

- 1 Маловодия
- 2 Многоводия (+)
- 3 Неполного амниона

Вопрос № 83

Для аденовирусной инфекции у детей характерны все перечисленные изменения в органах дыхания, кроме:

- 1 Гнойного воспаления (+)
- 2 Десквамации эпителия дыхательной трубки
- 3 Рексиса экссудата
- 4 Появления одноядерных гигантских клеток с гиперхромными ядрами
- 5 Фибриновых тромбов в мелких сосудах легкого

Вопрос № 84

Основными критериями сепсиса у плодов, новорожденных и детей грудного возраста являются все перечисленные, кроме:

- 1 Наличие первичного септического очага
- 2 Микроскопических проявлений септицемии
- 3 Бактериологического исследования (+)

Вопрос № 85

В структурном отношении акцидентальная трансформация характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- 1 Потери дольками лимфоидной ткани
- 2 Увеличения размеров и количества тимических телец
- 3 Фагоцитоза лимфоидных клеток (+)
- 4 Коллапса долек
- 5 Появления в дольках клеток, содержащих липиды

Вопрос № 86

При генерализации респираторных вирусных инфекций у детей поражаются чаще все перечисленные внутренние органы, кроме:

- 1 Центральной нервной системы
- 2 Кишечника
- 3 Почек
- 4 Печени (+)

Вопрос № 87

К гамеопатиям относят все, кроме

- 1 генопатии
- 2 киматопатии (+)
- 3 хромосомной патологии

Вопрос № 88

Наиболее часто родовые травмы возникают при всех следующих аномалиях предлежания, кроме:

- 1 Теменного
- 2 Тазового
- 3 Лицевого
- 4 Лобного (+)

Вопрос № 89

К экзогенным факторам, вызывающим пороки развития, относят все, кроме

- 1 инфекционных заболеваний
- 2 эндокринных заболеваний (+)
- 3 химических факторов
- 4 физических факторов

Вопрос № 90

Самое главное определение тимуса:

- 1 Один из иммунных органов
- 2 центральный орган иммуногенеза (+)
- 3 орган гемопоэза
- 4 регуляторный орган
- 5 Орган, продуцирующий лимфоциты

Вопрос № 91

К факторам, определяющим риск возникновения опухолей у потомства при воздействии во время беременности, относят все перечисленные, кроме:

- 1 Протозойных инфекций (+)
- 2 Вирусных инфекций

- 3 Часто проводимого рентгенологического исследования
- 4 Воздействия лекарственных препаратов

Вопрос № 92

При классической рубеолярной эмбриопатии не поражается:

- 1 Сердце
- 2 Глазное яблоко
- 3 Кожа (+)
- 4 Орган слуха

Вопрос № 93

Возбудителями острых респираторно-вирусных инфекций у детей наравне с вирусами могут быть:

- 1 Микоплазмы
- 2 Бактерии
- 3 Простейшие
- 4 Верно А и Б (+)

Вопрос № 94

Пневмония по пути распространения воспалительного процесса не может быть:

- 1 Бронхопневмонией
- 2 Альвеолитом
- 3 Интерстициальной
- 4 Аспирационной (+)

2) Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Макропрепарат № 34. *Фибринозный ларингит при дифтерии.*

На нёбных миндалинах, корне языка видны наложения в виде плотных белых с перламутровым оттенком фибриновых плёнок. Подлежащие ткани резко отёчны, цианотичные. Здесь фибрин трудно снимается, оставляя глубокие кровоточащие дефекты (язвы). Это объясняется наличием **многослойного плоского эпителия** и глубоким некрозом тканей. Плёнки распространяются на слизистую гортани. Мягкие ткани гортани резко отёчны, полнокровны, но фибринозный выпот тут слабо связан с эпителием (**цилиндрическим, иногда призматическим**) и может от него спонтанно отделяться с образованием поверхностных еле заметных эрозий. Выраженный отёк мягких тканей подскладочного пространства и голосовых связок сопровождается стенозом верхних дыхательных путей и также асфиксией. Плёнки могут спонтанно отторгаться и вызывать механическую асфиксию. Как видно, в зеве диагностируется дифтеритическое фибринозное воспаление, а в гортани – крупозное. К благоприятным исходам относятся: элиминация плёнок с рубцеванием язв зева и эпителизацией эрозий гортани. К неблагоприятным относится **истинный круп**, который включает в себя обязательные три компонента: 1. Наличие дифтерии как болезни в анамнезе; 2. Наличие дифтеритических плёнок; 3. Гипертрофию миндалин. Помощь в данном случае только одна - **экстренное наложение трахеостомы**. При ложном крупе – лечение может быть консервативным.

Макропрепарат № 220. *Токсический миокардит при дифтерии.*

Сердце ребёнка увеличено в размерах и массе, форма его шаровидная, консистенция миокарда дряблая. В эндокарде и эпикарде видимых изменений нет. Полости сердца расширены, под эндокардом заметны полосы в виде исчерченности желтовато-коричневого цвета. Миокард на разрезе тусклый, глинистого вида, пёстрый. Причиной смерти становится нарастающая сердечная недостаточность (ранний паралич сердца).

Макропрепарат № 87. *Коревая бронхопневмония.*

Лёгкое увеличено, неоднородной консистенции. При пальпации выявляются множественные неравномерные уплотнения с нечёткими границами различной величины. Плевра интактна. Поверхность разреза лёгкого пёстрая, неравномерного кровенаполнения. Визуализируются участки размером до 0,5-0,7 см светло-серого и серо-розового цвета, зернистые, выбухающие над окружающими тканями, при надавливании из них выделяется мутная жидкость. В центре каждого очага определяется мелкий бронх. Панбронхит при кори имеет некротический или гнойно-некротический характер, что связано с присоединением вторичной бактериальной инфекции. Развитие очаговой бронхопневмонии при кори рассматривается как осложнённое течение заболевания с формированием бронхоэктазов и диффузного пневмосклероза. Смерть может наступить от нарастающей лёгочно-сердечной недостаточности.

Макропрепарат № 31. *Гнойный лептоменингит.*

Полушария головного мозга симметричны, борозды расширены, извилины несколько сглажены. Мягкая мозговая оболочка отёчная, тусклая, мутная, резко полнокровна с рассеянными мелкоточечными кровоизлияниями. Гнойный экссудат выполняет подпаутинное пространство и пропитывает tunica arachnoidea

и *piamater*, скапливается в виде желтовато-серых масс в бороздах вокруг вен, которые хорошо контрастируют на бледном фоне. В свежих случаях экссудата может быть очень мало, а оболочки легко отделяются от мозга, в поздних – появляются рыхлые сращения с тканью мозга, поскольку лептоменингит сопровождается и энцефалитом с распространением воспалительного процесса в глубину мозга вдоль сосудов. Смерть больных происходит из-за менингоэнцефалита с вклиниванием и ущемлением стволовых структур в большом затылочном отверстии, синус-тромбозов, генерализации инфекционного процесса (сепсис).

Макропрепарат № 120. Гидроцефалия.

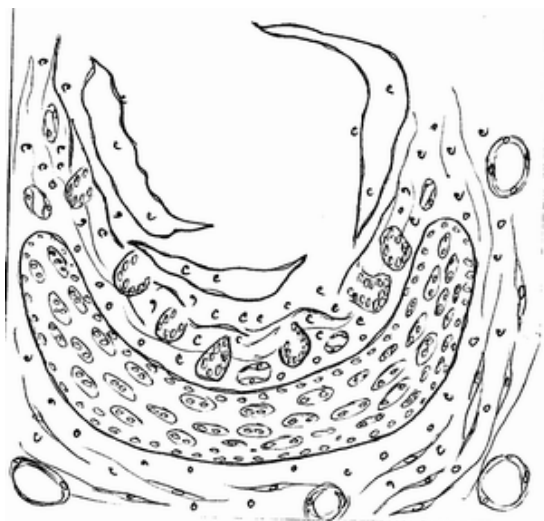
Масса головного мозга увеличена, ткань его дряблой консистенции, полушария симметричны, борозды расширены, извилины сглажены. Мягкая мозговая оболочка местами утолщена, белесоватого цвета, плотно сращена с тканью мозга и *duramater*. На разрезе серое и белое вещество хорошо контурируются, истончены. Полости желудочков резко расширены, переполнены прозрачной, бесцветной, слегка опалесцирующей жидкостью. Изменения головного мозга можно описать двумя процессами – это уменьшение объёма мозговой ткани вследствие атрофии от давления и увеличение объёма головного мозга из-за ложной гипертрофии. Внутренняя гидроцефалия развивается в исходе гнойного лептоменингита. Процесс необратим, смерть пациентов наступает в результате вклинивания и ущемления стволовых структур в большое затылочное отверстие с угнетением дыхательного и сосудодвигательного центров.

3) Раскрыть и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме

Микропрепарат № 131. Ларингит при дифтерии.

(окраска гематоксилином и эозином)

Эпителий слизистой оболочки на ограниченном участке с коагуляционным некрозом. Границы некроза с подлежащей тканью выражены нерезко, полиморфноядерных лейкоцитов и макрофагов мало. Сосуды подслизистого слоя расширены, полнокровны с явлениями экссудации и диапедеза эритроцитов, виден фибрин на поверхности погибших эпителиальных клеток с переходом на эпителий прилегающих участков. Фибриновые плёнки легко отделяются, но с образованием эрозий.

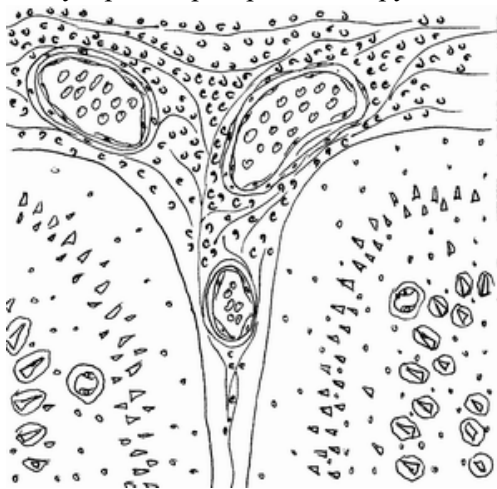


Обозначить:

- 1 – остатки эпителиального покрова;
- 2 – фибриновый экссудат;
- 3 – некротизированный эпителий;
- 4 – расширенные сосуды;
- 5 – лейкоцитрано-макрофагальный инфильтрат.
- 6 – хрящ;

Микропрепарат № 139. Менингококковая инфекция, осложнённая гнойным лептоменингитом (окраска гематоксилином и эозином).

Граница между веществом и мозговой оболочкой головного мозга отчётлива. Мягкая и паутинная мозговые оболочки отёчны, густо инфильтрированы палочкоядерными лейкоцитами с незначительной примесью лимфоцитов и макрофагов. Сосуды переполнены кровью, периваскулярные пространства окружены нейтрофилами.



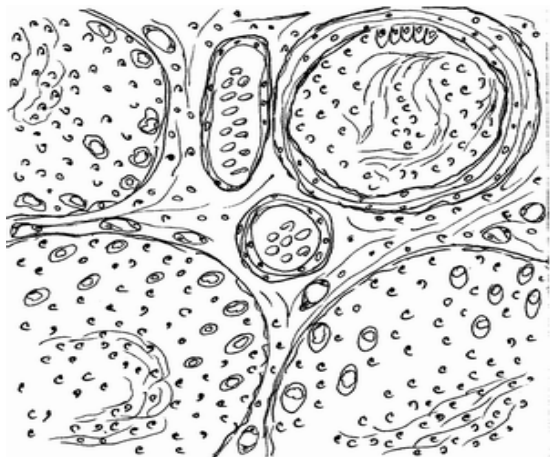
Обозначить:

- 1 – лейкоцитарная инфильтрация мозговых оболочек;
- 2 – расширенные кровеносные сосуды;
- 3 – ткань мозга.
- 4 – перичеселлюлярный отек;
- 6 – периваскулярный отек;

Микропрепарат № 130. Коревая бронхопневмония. (окраска гематоксилином и эозином)

Просветы бронхов и бронхиол содержат многочисленные лейкоциты; эпителий слизистой частично слущен. Стенки бронхиол инфильтрированы лимфоцитами, которые раздвигают эластические и мышечные волокна.

Экссудат охватывает бронхиолу в виде кольца или муфты. Лимфоциты также встречаются в расширенных межальвеолярных перегородках. Кровеносные капилляры резко расширены, переполнены кровью. Отмечается небольшое количество экссудата в прилегающих к бронхиоле альвеолах с примесью фибрина и слущенных клеток альвеолярного эпителия.



Обозначить:

- 1 – экссудат в просвете небольших бронхов;
- 2 – инфильтрированные стенки бронхов;
- 3 – экссудат в прилегающих альвеолах;
- 4 – полнокровные сосуды;
- 5 – десквамация эпителия;
- 6 – наложения фибрина на стенке бронха;
- 7 – лейкоциты в просвете бронхов;
- 8 – утолщенные, отечные альвеолярные перегородки;
- 9 – в просвете альвеол – фибрин, лейкоциты, крупные

гигантские клетки

4) Решить ситуационные задачи:

Задача №1. Ребёнок 7-ми лет заболел дифтерией с ярко выраженным воспалением зева: слизистая оболочка мягкого нёба и миндалины покрыты плотными беловато-жёлтыми плёнками, снимающиеся с большим затруднением. Мягкие ткани шеи отёчные. На 9-й день заболевания ребёнок внезапно умер.

1. Диагностируйте непосредственную причину смерти ребёнка.
2. Укажите вид и разновидность экссудативного воспаления при дифтерии зева и миндалин.
3. Чем обусловлена непосредственная причина смерти?

Задача №2. Ребёнок 5-ти лет заболел остро, появилась высокая температура, боли в горле. При осмотре полости рта: слизистая оболочка зева ярко-красная, миндалины увеличены, в устьях крипт миндалин сероватые очаги некроза. Лимфатические узлы шеи увеличены. На 2-ые сутки болезни у ребёнка на коже лица, шеи и туловища, кроме носогубного треугольника, появилась мелкая ярко-красная сыпь.

1. Диагностируйте инфекционную болезнь.
2. Укажите период болезни.
3. Какой вид ангины у ребёнка?
4. Какие осложнения могут возникнуть в этот период болезни?

Задача №3. У ребёнка перенесшего скарлатину, после кажущегося выздоровления появилась катаральная ангина, отёки на лице и умеренная протеинурия.

1. Укажите период скарлатины.
2. Чем объяснить изменения, обнаруженные при анализе мочи?
3. Какие морфологические изменения можно было обнаружить в почках?

Задача №4. У студента после резкого повышения температуры тела появились менингеальные признаки: резкая головная боль, возбуждение, двигательное беспокойство, ригидность затылочных мышц. Установлен клинический диагноз: менингококковый менингит.

1. Опишите изменения мягкой мозговой оболочки.
2. Укажите формы проявления менингококкового менингита.
3. Укажите возможную причину смерти больного.

Эталоны решения ситуационных задач

Задача №1. 1. Острая сердечная недостаточность.
2. Фибринозное, дифтеритическое воспаление.
3. Токсический миокардит, ранний паралич сердца.

Задача №2. 1. Скарлатина.

2. Первый период.
 3. Некротическая ангина.
 4. Заглоточный абсцесс, флегмона. Гнойно-некротический отит, мастоидит.
- Гнойный менингит, тромбофлебит яремной вены, синусов твердой мозговой оболочки.

Задача №3. 1. Второй период.

2. Развитием острого постстрептококкового иммунокомплексного гломерулонефрита.

3. Малокровные увеличенные клубочки с пролифератами набухшего эндотелия и клеток мезангиума; обилие нейтрофилов в просветах капилляров; иммунные комплексы на базальных мембранах.

Задача №4. 1. Гнойная инфильтрация базальной поверхности и выпуклых поверхностей передних отделов полушарий головного мозга.

2. Острый назофарингит. Гнойный лептоменингит. Менингококцемия.

3. Острое набухание головного мозга с последующим вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

5.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 7. ПРЕ - И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО И ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

Тема 7.2. Патоморфоз болезней детского возраста.

Цель: Знание патологической анатомии инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов необходимо для успешного усвоения данной патологии для проведения клинко-анатомического анализа результатов аутопсий.

Задачи: На основании полученных знаний научиться распознавать и проводить дифференциальную диагностику инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов.

Обучающийся должен знать:

- особенности перинатальных и неонатальных инфекций;

- патологическую анатомию внутриутробных инфекций группы герпеса;
- патологическую анатомию листериоза;
- патологическую анатомию токсоплазмоза;
- патологическую анатомию пупочного сепсиса.

Обучающийся должен уметь:

- по макро- и микроскопическим проявлениям распознавать и проводить дифференциальную диагностику инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов;
- оценивать причины, пути инфицирования и механизмы развития инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов,
- определять роль морфологических изменений и их функциональное значение для плода и новорожденного.

Обучающийся должен владеть:

- навыками постановки диагноза с применением данных обследования и клинического мышления.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся

1) Вопросы для собеседования:

1. Общая характеристика внутриутробных инфекций.
2. Пути заражения и патологическая анатомия внутриутробного герпеса.
3. Патологическая анатомия врождённой цитомегалии.
4. Патологическая анатомия листериоза.
5. Патологическая анатомия токсоплазмоза.
6. Пупочный сепсис, причины, механизмы развития, морфологические проявления.
7. Понятие о периодизации и закономерностях прогенеза и киматогенеза.
8. Понятие о тератогенном терминационном периоде и зависимости форм пороков развития органов от срока действия тератогенного фактора.
9. Патологическая анатомия отдельных пороков развития жизненно важных органов (головной мозг, сердце, лёгкое, печень).

2) Тестовый контроль:

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Выберите один правильный ответ.

001. ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА

- 1) контактный
- 2) фекально-оральный
- 3) восходящий
- 4) парантеральный
- 5) паранефральный

002. ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ЦИТОМЕГАЛИИ

- 1) трансплацентарный
- 2) восходящий
- 3) контактный
- 4) парантеральный
- 5) трансмиссивный

003. ОРГАН-МИШЕНЬ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ЦИТОМЕГАЛИИ.

- 1) лёгкое
- 2) печень
- 3) почка
- 4) околоушная слюнная железа
- 5) поджелудочная железа

004. МЕТАМОРФОЗ ЭПИТЕЛИЯ, ЗАРАЖЁННОГО ВИРУСОМ

ЦИТОМЕГАЛИИ

- 1) клетка Брезовского-Штернберга-Рида
- 2) клетка Пирогова-Лангханса
- 3) клетка «совиный глаз»
- 4) клетка Ходжкина
- 5) клетка Абрикосова

005. ВИД ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) серозное
- 2) гнойное
- 3) катаральное
- 4) гранулематозное
- 5) интерстициальное

006. ОРГАН-МИШЕНЬ ПРИ ВРОЖДЁННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ

- 1) лёгкие
- 2) печень
- 3) головной мозг
- 4) почки
- 5) слюнная железа

007. В ОЧАГЕ НЕКРОЗА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ЦИСТЫ И ПСЕВДОЦИСТЫ ПРИ

- 1) герпес
- 2) токсоплазмоз
- 3) коревая краснуха
- 4) цитомегалия
- 5) хламидиоз

008. ЧАСТЫЙ ВИД СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

- 1) криптогенный
- 2) одонтогенный
- 3) пупочный
- 4) урогенный
- 5) раневой

009. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ СЕПТИЧЕСКИЙ ОЧАГ ПУПОЧНОГО СЕПСИСА

- 1) воспаление в пупочных сосудах
- 2) омфалит

010. ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПУПОЧНОГО СЕПСИСА

- 1) желтуха
- 2) нефрит
- 3) стоматит
- 4) гепатит
- 5) ДВС-синдром

Эталон ответов

001-3, 002-1, 003-4, 004-3, 005-5, 006-3, 007-2, 008-3, 009-1, 010-5.

3) Решение ситуационных задач:

Задача №1. Нормально протекающая беременность закончилась срочными родами мёртвым плодом. У плода кости черепа и головной мозг отсутствуют. На их месте найдена соединительная ткань и зачатки нервных элементов.

1. Диагностируйте патологию плода.
2. Укажите на период внутриутробного развития, в сроки которого может возникнуть эта патология.
3. Укажите на сроки тератогенного терминационного периода для головного

мозга.

Задача №2. Ребёнок родился от здоровой молодой матери в срок слепым и с признаками микроцефалии.

1. Диагностируйте возможную внутриутробную инфекцию у плода.
2. Укажите вероятный источник инфицирования плода.
3. Какими исследованиями можно подтвердить вероятный источник заражения?
4. Укажите на период внутриутробного развития плода, в срок которого произошло инфицирование.

Эталоны решения ситуационных задач

- Задача №1. 1. Анэцефалия.
2. Эмбриональный период.
3. От 3 – 6 недель внутриутробного развития.

Задача №2. 1. Врождённый токсоплазмоз.

2. Мать – носитель стёртой формы токсоплазмоза. 3. Проведение серологических реакций у матери. 4. Ранний фетальный период.

3) Задания для определения итогового уровня знаний

Задания.	Эталоны решения.
<p><i>1. Врождённая гидроцефалия:</i> А. Укажите на виды гидроцефалии: а) ...; б) ... Б. Перечислите причины: а) ...; б) ... В. Состояние вещества головного мозга. Г. Исход гидроцефалии.</p>	<p><i>1. Врождённая гидроцефалия:</i> А. а) внутренняя; б) наружная. Б. а) атрезия водопроводов головного мозга; б) реже – повышенная продукция спинномозговой жидкости. В. Атрофия вещества головного мозга. Г. Нарастающая мозговая недостаточность, смерть.</p>
<p><i>2. Цитомегалия слюнной железы:</i> А. Возбудитель инфекции. Б. Пути заражения: а) ...; б) ... В. Клинико-анатомические варианты: а) ...; б) ... Г. Гистологические проявления: а) ...; б) ...; в) ...</p>	<p><i>2. Цитомегалия слюнной железы:</i> А. ДНК-содержащий вирус группы герпеса. Б. а) трансплацентарный; б) слизистые оболочки дыхательных путей, пищеварительного и мочеполового трактов. В. а) локализованная; б) генерализованная. Г. а) в эпителии ацинусов и протоков цитомегалы – «совиный глаз»; б) в строме инфильтрация из лимфоцитов и макрофагов; в) склероз железы.</p>
<p><i>3. Внутриутробный листериоз:</i> А. Укажите на пути заражения плода: а) ...; б) ... Б. Источник заражения плода. В. Морфологическое проявление воспаления. Г. Образное название распространённого листериоза.</p>	<p><i>3. Внутриутробный листериоз:</i> А. а) трансплацентарный; б) контактный (через родовые пути с заглатыванием инфицированного материала). Б. Инфицированная мать. В. Гранулёмы. Г. Гранулематозный сепсис новорожденного.</p>
<p><i>4. Внутриутробный токсоплазмоз:</i> А. Укажите на возбудителя инфекции. Б. Пути внутриутробного инфицирования: а) ...; б) ... В. Укажите на период инфицирования при менингоэнцефалите у новорожденного.</p>	<p><i>4. Внутриутробный токсоплазмоз:</i> А. <i>Toxoplasma gondii</i> – простейшее, внутриклеточный паразит. Б. а) трансплацентарный; б) контактный, во время родов. В. Поздний фетальный. Г. а) головной мозг; б) глаза.</p>

Г. Перечислите органы-мишени: а) ...; б) ... Д. Укажите на возможные осложнения: а) ...; б) ...; в) ...; г) ...	Д. а) гидроцефалия; б) параличи; в) олигофрения; г) слепота.
--	--

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Раздел 1. Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Тема 1. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Цель:

- ознакомить с основными правовыми, инструктивными, регламентирующими документами необходимыми в работе врача - патологоанатома

Задачи:

- знать и уметь пользоваться основными правовыми, инструктивными, регламентирующими документами необходимыми в работе врача – патологоанатома;
- уметь формулировать патологоанатомическое заключение и правильно толковать диагноз;
- научиться сопоставлять клинический и патологоанатомический диагноз.

Обучающийся должен знать:

- цели и задачи патологоанатомической службы;
- основные нормативные акты, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы;
- методы и организацию работы патологоанатомической службы;

- положения о патологоанатомическом отделении и патологоанатомическом бюро, организацией их работы и документации.

Обучающийся должен уметь:

- ставить диагноз на основании диагностического исследования тканей и органов;
- использовать основные методики клинко-анатомического анализа для своевременной диагностики онкопатологии, инфекционных, наиболее распространенных заболеваний;
- выявлять в операционно-биопсийном и аутопсийном материале основные патологические процессы, симптомы и синдромы заболеваний.

Обучающийся должен владеть:

- навыками основных методов исследования в патологической анатомии;
- навыками проведения клинко-анатомических сопоставлений в клинической практике.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Тестовый контроль:

1 Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:

- 1 Посмертную и прижизненную диагностику болезней
- 2 Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела
- 3 Уточнение структуры причин смертности населения
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 2

2 Этические нормы врача - патологоанатома определяются:

- 1 Умениями и навыками
- 2 Законами и приказами
- 3 Этническими особенностями региона
- 4 Моральной ответственностью врача перед обществом
- 5 Верно 1 и 2

3 В систему патологоанатомической службы входят:

- 1 Патологоанатомические отделения
- 2 Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро
- 3 Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно- исследовательских институтов
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 2

4 Основные функциональные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя: 1

- 1 Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале
- 2 Установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания
- 3 Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов
- 4 . Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 2

5 В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:

- 1 Оценка предварительной информации и подготовка к проведению патологоанатомического исследования
- 2 Производство вскрытия трупов
- 3 Исследование гистологических препаратов, и в случае необходимости, привлечение консультантов, использование дополнительных методов исследования
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 2 и 3

6 В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:

- 1 Постановка предварительного диагноза
- 2 . Оформление патологоанатомического и патогистологического диагнозов, в терминологии имеющейся в номенклатуре болезней, и доступной для последующего кодирования

3 Ведение медицинской документации

4 Все перечисленное верно

5 Верно 1 и 2

7 В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:

1 Вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала

2 Забор секционного материала для специальных исследований

3 Микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала

4 Все перечисленное верно

5 Верно 1 и 2

8 В случаях диагностирования злокачественных новообразований, инфекционных заболеваний, заболеваний, требующих гормональной, лучевой, цитостатической терапии и хирургических вмешательств, патологогистологическое заключение подписывает:

1 Врач-патологоанатом

2 Зав. патологоанатомическим отделением

3 Главный врач больницы

4 Онколог

5 Врач-патологоанатом и заведующий патологоанатомическим отделением

9 В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:

1 Заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной классификации болезней

2 Беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии

3 Выполнение производственных поручений заведующего отделением

4 Все перечисленное верно

5 Верно 1 и 2

10 Набор помещений патологоанатомического отделения включает в себя:

1 Секционную и хранилище трупов

2 Зал прощания с комнатой для ожидания

3 Кабинеты врачей, лаборатории с подсобными помещениями

4 . Верно 1 и 2

5 Все перечисленное верно

11 Набор помещений для гистологической лаборатории включает:

1 Комнату для приема и вырезки биопсийного материала

2 Гистологическую лабораторию

3 Фиксационную и моечную комнаты, комнату для хранения гистологического архива

4 Все перечисленное верно

5 Верно 2 и 3

12 В табель оборудования патологоанатомического отделения включают:

1 Аппараты и приборы

2 Медицинский инструментарий, мебель и оборудование

3 Реактивы, краски, химикаты, посуда

4 Все перечисленное верно

5 Верно 2 и 3

13 В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:

1 Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар

2 Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар

3 Состояния, указанные в амбулаторной карте

4 Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью

5 Все указанное верно

14 В клиническом диагнозе должны также регистрироваться и другие состояния, которыми считаются:

1 Патологические процессы

- 2 Болезни, имевшиеся у больного, но не оказывающие влияние на основное заболевание
- 3 Начальные звенья патогенеза, ранее диагностированных нозологических единиц
- 4 Верно 1 и 2
- 5 Заболевания, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-санитарной помощи и оказывают влияние на лечение пациента

15 Имеют право присутствовать на вскрытии:

- 1 Родственники умершего, либо их доверенное лицо
- 2 Врачи отделения, где умер больной
- 3 Лечащие врачи
- 4 Все перечисленные
- 5 Верно 2 и 3

16 При вскрытии трупа оформляются следующие документы:

- 1 Протокол патологоанатомического исследования
- 2 Врачебное свидетельство о смерти
- 3 Заключение о причине смерти
- 4 Верно 1 и 2
- 5 Все перечисленное верно

17 Отмена вскрытия, по приказам Минздрава, не должна разрешаться в случаях:

- 1 Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток
- 2 Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний
- 3 Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 2 и 3

18 Направление трупа на судебно-медицинское исследование, независимо от времени пребывания больного в лечебном учреждении, производится, если смерть последовала от:

- 1 Механических повреждений и асфиксии
- 2 Отравлений, действия крайних температур и электричества
- 3 Искусственного аборта и насильственных причин
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 2 и 3

19 В педиатрической практике вскрытию подлежат:

- 1 Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении
- 2 Выкидыши с массой тела более 500 г
- 3 Все мертворожденные с массой тела более 1000 г
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 3

20 При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения:

- 1 Отдельных органов (по Вирхову)
- 2 Органов по системам (по Абрикосову)
- 3 Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
- 4 Все перечисленное
- 5 Верно только 2 и 3

21 К особенностям проведения вскрытий трупов при инфекционных болезнях относятся:

- 1 Наличие 15-20 литров дезинфицирующих средств и коврика обильно смоченного дезинфицирующим раствором перед дверью, ведущей в секционную
- 2 Использование противочумного костюма
- 3 Возможность накопления и дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 3

22 Противочумный костюм состоит из:

- 1 Комбинезона с капюшоном (косынкой), марлевой маской
- 2 Противочумного и медицинского халатов, резиновых сапог, носков, полотенца, прорезиненного фартука, нарукавников
- 3 Двух пар резиновых перчаток и защитных очков
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 2 и 3

23 При вскрытии трупа инфекционного больного используют следующие дезинфицирующие растворы:

- 1 3-5%-й раствор лизола, 5-10%-й раствор монохлорамина Б
- 2 20%-й осветленный раствор гипохлорита
- 3 3-5%-й раствор фенола (горячий), 3-5%-й мыльный раствор
- 4 Все перечисленное верно
- 5 5%-ный раствор марганцевокислого калия

24 При патологоанатомическом исследовании умерших от особо опасных инфекций руководствуются:

- 1 Особенности вскрытий умерших от инфекционных заболеваний
- 2 Установленным режимом работы карантинных учреждений
- 3 Требованиями инструктивных материалов Министерства здравоохранения РФ, по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями особо опасных инфекций
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 2 и 3

25 При взятии материала для бактериологического и вирусологического необходимо использовать:

- 1 Стерильные петли, лопаточки, шприцы и пастеровские пипетки
- 2 Набор питательных сред (бульон, агар)
- 3 Предметные и покровные стекла
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 2 и 3

26 Посевы для бактериологического исследования производят:

- 1 Из органов, не извлеченных из трупа, используя стерильный инструмент после прижигания поверхности разреза, укола
- 2 С поверхности органа, до соприкосновения его с нестерильными объектами
- 3 Используя кровь правого предсердия, локтевой вены (до вскрытия черепа)
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 3

27 Протокол (карта) патологоанатомического исследования включает в себя следующие разделы:

- 1 Паспортную часть, клинические диагнозы, протокольную часть
- 2 Патологоанатомический диагноз
- 3 Причина смерти (выписка из свидетельства смерти), краткие клинические данные и клинико-анатомический эпикриз
- 4 Заключение о причине смерти больного
- 5 Все перечисленное верно

28 Первоначальная причина смерти:

- 1 Нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти
- 2 Болезнь или травма, которая обусловила последовательность болезненных процессов, приведших больного к смерти
- 3 Обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
- 4 Верно 2 и 3
- 5 Все перечисленное верно

29 Непосредственная причина смерти - это:

- 1 Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
- 2 Нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного
- 3 Проявления механизма наступления смерти
- 4 Верно 2 и 3
- 5 Все перечисленное верно

30 Рубрики патологоанатомического диагноза включают в себя:

- 1 Основное заболевание (первоначальная причина смерти)
- 2 Осложнения
- 3 Сопутствующие заболевания
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 2

31 Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:

- 1 Два основных конкурирующих заболевания
- 2 Два сочетанных заболевания
- 3 Основное и фоновое заболевания
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 2 и 3

32 Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:

- 1 Основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной, промежуточной причин смерти)
- 2 Основное заболевание записывается только в третью строку (в)
- 3 Непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)
- 4 Все перечисленное верно
- 5 Верно 1 и 3

33 Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные данные:

- 1 Анамнестические и клинические
- 2 Лабораторные и рентгенологические
- 3 Патологоанатомические и гистологические
- 4 Заключение о причине смерти больного
- 5 Все перечисленные

34 При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов основных заболеваний устанавливают следующие категории расхождений по:

- 1 Диагнозу основного заболевания или первого заболевания в комбинированном
2. Важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболеваний или явившимся причиной смерти
- 3 Второму заболеванию в комбинированном основном (при наличии двух конкурирующих, сочетанных, основного с фоновым)
- 4 Нозологическому, этиологическому принципу и по локализации процесса
- 5 Все перечисленное верно

2) Контрольные вопросы

- Знать нормативно-правовую базу патологоанатомической службы
- Отработать принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся:

1) Решение задач:

Задача 1

Женщина 45 лет обнаружила наличие опухолевого узла в левой молочной железе. Произведена секторальная резекция молочной железы, ткань прислана для срочного гистологического исследования. Макроскопически виден белесоватый узел с нечеткими контурами, плотной консистенции. Среди разрастаний волокнистой соединительной ткани найдены мелкие гнездовые скопления атипичных клеток эпителия.

1. Какая макроскопическая форма рака имеет место?
2. О каком гистологическом типе рака следует думать?
3. Где возможны первые метастазы опухоли?
4. Какое предраковое заболевание молочной железы могло иметь место в данном случае?

Ответы:

5. Узловая.

6. Дольковый рак молочной железы.
7. Подмышечные и за груди́нные лимфоузлы.
8. Узловая мастопатия.

Задача 2

У больного 62 лет при анализе крови обнаружено увеличение лейкоцитов до 135 000 за счет лимфоцитарных элементов. При обследовании в клинике обнаружено увеличение шейных лимфатических узлов, печени, селезенки. Через год больной поступил с жалобами на лихорадку, слабость, резкую боль в горле при глотании. В крови обнаружены бластные формы лимфоцитов.

1. Назовите форму лейкоза.
2. О какой особенности течения лейкоза можно говорить на основании обнаружения в крови бластов? Чем объяснить жалобы больного на резкие боли при глотании? Какие микроскопические изменения можно обнаружить при биопсии лимфоузла?

Ответы:

1. Лимфолейкоз.
2. Острый и хронический.
3. Воспалением и специфическим поражением миндалин.
4. Стертость рисунка с замещением всех структур лимфоузла мелкими атипичными лимфоцитами.

Задача 3

Больной 50 лет. Отметил увеличение группы лимфатических узлов на шее слева. Жалуется на слабость, потерю веса, кожный зуд, лихорадку. СОЭ — 40 мм/ч, в лейкоцитарной формуле отклонений нет. При изучении биоптата лимфатического узла среди лимфоидных элементов найдена пролиферация атипичных клеток, имеются гигантские многоядерные клетки, участки некроза и склероза.

1. О каком заболевании идет речь?
2. О каком варианте (стадии) заболевания следует думать на основании результатов гистологического исследования? Какие клетки имеют диагностическое значение при постановке диагноза? Какой вид имеет селезенка при этом заболевании?

Ответы:

1. Лимфома Ходжкина.
2. Смешанно-клеточный вариант.
3. Гигантские многоядерные клетки Березовского-Штернберга.
4. Саговая.

Тема НИР: «Статистика частоты расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в стационарах г. Кирова».

- 4) Работа с печатными и электронными источниками информации

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология: Учебник в 2 т.	Под ред. М.А.Пальцева, В.С.Паукова	М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- Т.2.-488 с.	-	-
2	Патологическая анатомия. В 2 т. Т. 2. Частная патология	Под ред. В.С. Паукова	М: ГЭОТАР-Медиа, 2016	-	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: атлас	Зайратьянц, О. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 472 с.	5	имеется

2	Патологическая анатомия: нац. руководство	ред.: М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013	1	ЭБ Консультант врача
3	Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану: В 3 т.	В. Кумар [и др.] ; пер с англ. Е. А. Каган	М: Логосфера, 2014.	3	-
4	Патология: руководство	ред.: В. С. Пауков, М. А. Пальцев, Э. Г. Улумбеков	М: ГЭОТАР-Медиа, 2015	-	ЭБ Консультант врача
5	Патологическая анатомия: учебник для студентов мед. вузов	Струков, А. И.	М.: Литтерра, 2010.- 848 с.	50	имеется

Раздел 2. Общая патология

Тема 2.1. Некроз, апоптоз. Характеристика разных видов дистрофии

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить вопросы этиологии, патогенеза, морфологии, осложнений и исходов необратимого повреждения клеток (некроза и апоптоза). Рассмотреть основные морфологические (макро-, и микроскопические) признаки некроза и апоптоза. Изучить разновидности инфарктов, их морфологическую и клиническую значимость для организма.

Задачи: Определить причины, механизмы развития различных видов некроза, их функциональное значение и исходы, различать по макроскопической и микроскопической картине клинико-морфологические формы некроза. Выявить морфологические отличия некроза от других патологических процессов. Установить механизмы развития различных видов общей смерти. Изучить признаки общей смерти.

Научится определять причины, механизмы развития и функциональное значение дистрофий (в частности - паренхиматозных), а так же отличать паренхиматозные дистрофии от других патологических процессов на основании их морфологической характеристики.

Научить определять причины, механизмы развития и функциональное значение стромально-сосудистых дистрофий, а также отличать их от других видов дистрофий и от других патологических процессов на основании их морфологической характеристики.

Научить определять причины, механизмы развития и функциональное значение смешанных дистрофий, а также отличать их от других видов дистрофий и от других патологических процессов на основании их морфологической характеристики.

Обучающийся должен знать:

1. Определение повреждения клеток и тканей (обратимого и необратимого).
2. Патогенез необратимого повреждения.
3. Патогенез ишемического повреждения.
4. Определение, этиологию, патогенез, стадии некроза, морфологические проявления и исходы.
5. Определение, этиологию, патогенез, стадии апоптоза, морфологические проявления и роль в патологии.

После изучения темы: определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции, исходы разных форм некрозов.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Навыками описания микропрепаратов и материала доставленного со вскрытия; решения ситуационных задач;

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования:

- Виды диагноза
- Категории расхождения диагнозов
- Принципы построения диагнозов
- Морфогенез дистрофий
- Виды дистрофий (Примеры)

2) Решение задач

Ситуационная задача 1

Больной А., 75 лет, страдавший атеросклерозом, был доставлен машиной скорой помощи в городскую клиническую больницу с клинической картиной острого живота. При обследовании диагностирована кишечная непроходимость. Больной прооперирован. При вскрытии брюшной полости петли тонкой кишки раздуты, черного цвета, мезентериальные сосуды обтурированы тромботическими массами.

Вопросы к ситуационной задаче № 1

1. Какой процесс развился у больного в тонкой кишке, вызвавший тонко-кишечную непроходимость?
2. Причина и патогенез данного процесса в кишке?
3. Объясните происхождение черного цвета кишки?
4. Опишите макропрепарат тонкой кишки.
5. С какими патологическими процессами следует дифференцировать данный патологический процесс?
6. В каких тканях развивается данный патологический процесс?
7. Перечислите основные виды некроза.

Ситуационная задача 2

Больной Б., 23 лет, с огнестрельным ранением в шею погиб от острой почечной недостаточности в результате массивной кровопотери и развившегося постгеморрагического шока. На вскрытии обнаружено малокровие внутренних органов.

Вопросы к ситуационной задаче № 2

1. Какой патологический процесс развился в почках?
2. Назовите вид данного патологического процесса по его этиологии.
3. Каков патогенез патологического процесса в почках?
4. Опишите микропрепарат, демонстрирующий патологический процесс в почках.
5. Охарактеризуйте состояние базальных мембран канальцев.
6. Назовите благоприятный исход данного патологического процесса в почках.
7. Назовите другие этиологические факторы, которые способны вызывать подобный патологический процесс в почках.

Ситуационная задача 3

У больного В., погибшего от ишемического инфаркта головного мозга, на секции обнаружен пролежень в области крестца.

Вопросы к ситуационной задаче № 3

1. Какой патологический процесс развился в ткани головного мозга, его названия в зависимости от консистенции и цвета?
2. Назовите вид данного патологического процесса по этиотропной классификации и его причины.
3. Каков патогенез патологического процесса в ткани головного мозга?
4. Опишите макропрепарат, демонстрирующий патологический процесс в ткани головного мозга.
5. Назовите благоприятный исход данного патологического процесса в ткани головного мозга.
6. Назовите патологический процесс, развившийся в области крестца.
7. Перечислите наиболее значимые механизмы в патогенезе необратимых повреждений тканей.

Задача № 6

Больная М., 50 лет, поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль в правой стопе и голени, повышение температуры до 40 С, озноб, потливость. Больная страдает сахарным диабетом II типа. Боли в правой стопе и голени появились две недели назад. Через два дня больная отметила припухлость и покраснение голени, затем – увеличение паховых и подколенных лимфоузлов. Больная была госпитализирована. Радикальными насечками на коже стопы и голени вскрыта флегмона и дренированы раневые каналы. Несмотря на это, сохранялась высокая температура, озноб и появилась одышка. АД 95/60 мм. рт. ст. Границы сердца расширены, при аускультации прослушивается шум трения перикарда. В крови – анемия – 105 г/л, выраженный лейкоцитоз - $21,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 63 мм/ч. Произведена пункция перикарда, удалено 500 мл гноя. Состояние больной несколько улучшилось, но температура оставалась повышенной – 39 С. В посеве крови, экссудата из полости перикарда выделен золотистый стрептококк. Через два дня появились боли в поясничной области. В анализах мочи определялась протеинурия, лейкоцитурия.

Вопросы:

1. Назовите форму инфекционного процесса и стадию?
2. Укажите первичный инфекционный очаг?
3. Назовите основные принципы терапии данного инфекционного процесса?

Задача № 8

Больной Г., 60 лет, госпитализирован в клинику для обследования в связи с ухудшением состояния: усиление болей в правом подреберье, признаки желтухи. При осмотре обнаружена увеличенная печень, болезненная и бугристая. В анамнезе – перенесенный вирусный гепатит В, осложненный циррозом печени. Проведена биопсия печени. При гистологическом исследовании биоптата определяется участок ткани, имеющий крупные ядра, часть которых имеет неправильную форму и содержит 3-5 крупных ядрышек. Клетки не образуют межклеточные контакты, не образуют характерные для печени тканевые структуры. В этих клетках имеются фигуры митоза. В некоторых участках данные клетки перфорируют стенки микрососуда, врастают в окружающие тканевые элементы, разрушая их, прорастая в капсулу печени и инфильтрируя ткани органов, прилежащих к печени.

Вопросы:

1. Назовите проявления тканевого и клеточного атипизма.
2. Определите признаки анаплазии клеток в препарате.
3. Имеется ли причинная связь вирусного гепатита В с гепатоцеллюлярным раком печени?

3) Тестовый контроль:

ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ ФОРМА ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1) круглая
- 2) овальная
- 3) треугольная
- 4) клиновидная

5) **неправильная**

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МЕЖДУ ЗОНОЙ НЕКРОЗА И СОХРАННОЙ ТКАНЬЮ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) тканевой детрит
- 2) фиброзная капсула

3) **воспалительный инфильтрат**

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ЗОНЕ

- 1) некроза
- 2) демаркации
- 3) сохранной ткани

НА ЭПИКАРДЕ НАД ЗОНОЙ НЕКРОЗА МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- 1) фиброзные спайки

2) **фибринозные пленки**

ПОРАЖЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНФАРКТА

1) **тромбоз**

3) **гиалиноз**

- 2) васкулит
- 4) микроаневризма

ОБЪЕМ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ ПРИ СУХОЙ ГАНГРЕНЕ

- 1) увеличен
- 2) не изменен

3) **уменьшен**

ОБЪЕМ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ ПРИ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЕ

- 1) **увеличен**
- 2) не изменен

3) **уменьшен**

КОНСИСТЕНЦИЯ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ ПРИ СУХОЙ ГАНГРЕНЕ

- 1) дряблая
- 2) не изменена

3) **плотная**

КОНСИСТЕНЦИЯ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ ПРИ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЕ

- 1) **дряблая**
- 2) не изменена

3) **плотная**

ВЛАЖНАЯ ГАНГРЕНА НОГИ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) васкулитом
- 2) панкреатитом
- 3) атеросклерозом
- 4) сахарным диабетом**
- 5) гипертонической болезнью

СУХАЯ ГАНГРЕНА НОГИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНОГО

- 1) пневмонией
- 2) панкреатитом
- 3) атеросклерозом**
- 4) сахарным диабетом
- 5) гипертонической болезнью

ЖИРОВЫЕ (ФЕРМЕНТНЫ) НЕКРОЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) гепатитом
- 2) гастритом
- 3) энтеритом
- 4) панкреатитом**

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ СОПРОВОЖДАЕТ

- 1) некроз**
- 2) апоптоз

АПОПТОЗНЫЕ ТЕЛЬЦА ПОДВЕРГАЮТСЯ

- 1) аутолизу
- 2) гетеролизу
- 3) фагоцитозу**
- 4) ослизнению
- 5) инкапсуляции
- 6) петрификации

АПОПТОЗ ОБЫЧНО ЗАХВАТЫВАЕТ

- 1) группы клеток**
- 2) отдельные клетки**
- 3) большие участки паренхимы

КЛЕТКИ, ФАГОЦИТИРУЮЩИЕ АПОПТОЗНЫЕ ТЕЛЬЦА

- 1) макрофаги
- 2) лимфоциты
- 3) стромальные**
- 4) фибробласты

5) паренхиматозные

КОМПОНЕНТЫ АПОПТОЗНЫХ ТЕЛЕЦ

- 1) ядро с ядрышком
- 2) липидные вакуоли
- 3) гигантские митохондрии
- 4) плотно упакованные органеллы**
- 5) конденсированные фрагменты хроматина**
- 6) расширенные цистерны эндоплазматической сети

ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ АПОПТОЗНЫЕ ТЕЛЬЦА ВЫГЛЯДЯТ КАК

- 1) зернистые шары
- 2) базофильные кляксы
- 3) оптически пустые вакуоли
- 4) эозинофильные кристаллы
- 5) базофильные овальные тельца

6) эозинофильные округлые массы

ЛУЧШЕ ВСЕГО АПОПТОЗНЫЕ ТЕЛЬЦА В ТКАНИ ВИДНЫ ПРИ ОКРАСКЕ

- 1) по Перлсу
- 2) суданом III

- 3) по Шуенинову
- 4) тулоидиновым синим

5) гематоксилином и эозином

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ НЕКРОЗА

- 1) нагноение
- 2) ослизнение
- 3) организация**
- 4) оссификация**
- 5) секвестрация
- 6) петрификация**
- 7) инкапсуляция**
- 8) образование кисты**

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ НЕКРОЗА

- 1) нагноение**
- 2) организация
- 3) оссификация
- 4) инкапсуляция
- 5) петрификация
- 6) образование кисты

ТИПЫ СМЕРТИ КЛЕТКИ

- 1) некроз**
- 2) апоптоз**
- 3) набухание
- 4) гипергидроз
- 5) мумификация
- 6) фрагментация

ПРЕВРАЩЕНИЯ ХРОМАТИНА ПРИ АПОПТОЗЕ

- 1) лизис
- 2) дисперсия
- 3) конденсация**
- 4) фрагментация**

ГЛАВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АПОПТОЗА

- 1) набухание клетки
- 2) сморщивание клетки**
- 3) повреждение органелл
- 4) сохранение целостности органелл**
- 5) дисперсия ядерного гетерохроматина
- 6) конденсация ядерного гетерохроматина**

ФИЗИЧЕСКИЕ АГЕНТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КЛЕТКИ

- 1) радиация**
- 2) электрический ток**
- 3) кислоты и щелочи
- 4) механическая травма**
- 5) чрезмерное нагревание**
- 6) чрезмерное охлаждение**

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ИШЕМИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

- 1) анемия**
- 2) эритремия
- 3) тромбоз артерии**
- 4) отравление грибами
- 5) отравление окисью углерода**
- 6) сердечно-сосудистая недостаточность**

ВИДЫ НЕКРОЗА

- 1) жировой**

2) казеозный

3) смешанный

4) коагуляционный

5) колликвационный

6) гангренозный (гангрена)

КОАГУЛЯЦИОННЫЙ НЕКРОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) почки

2) кишки

3) миокарда

4) селезенки

5) головного мозга

6) мягких тканей конечностей

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЛЛИКВАЦИОННОГО НЕКРОЗА

1) почки

2) миокард

3) селезенка

4) головной мозг

РАЗВИТИЕ КАК КОАГУЛЯЦИОННОГО, ТАК И КОЛЛИКВАЦИОННОГО НЕКРОЗА ВОЗМОЖНО В

1) почке

2) кишке

3) легком

4) миокарде

5) головном мозге

6) мягких тканях конечности

ЦВЕТ ТКАНИ ПРИ ГАНГРЕНЕ

1) черный

2) желтый

3) зеленый

4) красный

ГАНГРЕНА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В

1) почке

2) матке

3) кишке

4) легком

5) печени

6) миокарде

7) головном мозге

8) мягких тканях конечности

ЧАЩЕ ВСЕГО КАЗЕОЗНЫЙ НЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1) пневмонии

2) туберкулезе

3) атеросклерозе

4) инфаркте миокарда

Установить соответствие

7. Клинико-морфологические формы некроза:

- а) гангрена сухая,
- б) гангрена влажная,
- в) инфаркт,
- г) секвестр.

Орган:

- 1) кишечник,
- 2) сердце,
- 3) головной мозг,
- 4) кости,
- 5) матка.

Ответы: 1, 2, 3, 4, 5.

Установить соответствие

8. Клинико-морфологические формы некроза:

Характеристика некроза:

- 1) пролежень,
- 2) секвестр.

- а) разновидность гангрены,
- б) часто локализуется в легких, головном мозге,
- в) часто сопровождается развитием свищей,
- г) имеет красный цвет.

Ответы: 1, 2

4) «Характеристика различных дистрофий» - слайд – презентация.

5) Проверить свои знания при помощи тестового контроля:
ДИСТРОФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) летальное повреждение клеток
- 2) разрастание коллагена в строме органов
- 3) нарушение функции паренхиматозных органов
- 4) обратимое повреждение соединительной ткани

5) вид повреждения, проявляющийся внеклеточными скоплениями ненормальных количеств различных веществ

6) вид повреждения, проявляющийся внутриклеточными скоплениями ненормальных количеств различных веществ

ПРИ ДИСТРОФИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНО НАКАПЛИВАЮТСЯ

- 1) экзогенные вещества
- 2) органические кислоты
- 3) нуклеиновые кислоты
- 4) липиды, белки, углеводы, пигменты
- 5) продукты нарушенного метаболизма

НАКОПЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КЛЕТКАХ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) стеатоз
- 2) склероз
- 3) меланоз
- 4) гиалиноз
- 5) набухание
- 6) липоматоз

СТЕАТОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В

- 1) печени
- 2) сердце
- 3) селезенке
- 4) головном мозге

СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) анемиях
- 2) ожирении
- 3) атеросклерозе
- 4) гемохроматозе
- 5) тиреотоксикозе
- 6) сахарном диабете
- 7) вирусном гепатите С
- 8) алкогольной болезни

МЕТАФОРИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ СТЕАТОЗЕ

- 1) "саговая"
- 2) "сальная"
- 3) "гусиная"
- 4) "тигровая"
- 5) "глазурная"
- 6) "порфиновая"

РАЗМЕР ПЕЧЕНИ ПРИ СТЕАТОЗЕ

- 1) увеличен
- 2) уменьшен

3) не изменен

КОНСИСТЕНЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ СТЕАТОЗЕ

1) дряблая

2) плотная

3) не изменена

ПОВЕРХНОСТЬ ПЕЧЕНИ ПРИ СТЕАТОЗЕ

1) гладкая

2) бугристая

3) глазуристая

4) шероховатая

5) морщинистая

6) мелкозернистая

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ МИОКАРДА

1) гипоксия, интоксикация

2) артериальная гипертензия

3) гиперхолестеринемия, гипоксия

4) белковое голодание, интоксикация

5) гипергликемия, гиперхолестеринемия

МЕТАФОРИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ

1) "бычье"

2) "сальное"

3) "гусиное"

4) "тигровое"

5) "капельное"

6) "волосатое"

ОСОБЕННОСТИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ МИОКАРДА

1) очаговый характер поражения

2) диффузное отложение липидов

3) пылевидное накопление липидов

4) накопление липидов по ходу мелких вен

5) снижение сократительной способности миокарда

ПИГМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) уголь

2) железо

3) липиды

4) гематин

5) кремний

6) ферритин

7) холестерин

8) гемосидерин

К ЭНДОГЕННЫМ ПИГМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

1) уголь

2) железо

3) липиды

4) меланин

5) кремний

6) ферритин

7) холестерин

8) липофусцин

9) гемосидерин

10) апоферритин

ПРОЦЕСС В ЛЕГКИХ И РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПРИ НАКОПЛЕНИИ УГОЛЬНОЙ ПЫЛИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) силикоз

2) меланоз

3) антракоз

4) асбестоз

5) гемосидероз

6) липофусциноз

К ПИГМЕНТАМ, ПРОИЗВОДНЫМ ГЕМОГЛОБИНА, ОТНОСЯТ

- 1) гем
- 2) меланин
- 3) порфирин**
- 4) ферритин**
- 5) билирубин**
- 6) хлорофилл
- 7) гемосидерин**
- 8) апоферритин
- 9) липофусцин
- 10) солянокислый гематин**

РЕАКЦИЯ ПЕРЛСА ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) гематины
- 2) порфирин
- 3) билирубин
- 4) железо гемосидерина**
- 5) протопорфирин
- 6) формапиновый пигмент

ПРИ БУРОЙ АТРОФИИ ОРГАНА НАКАПЛИВАЕТСЯ ПИГМЕНТ

- 1) липофусцин**
- 2) гемомеланин
- 3) гемосидерин
- 4) липосидерин

К РАЗВИТИЮ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ ЛЕГКИХ ПРИВОДИТ НАКОПЛЕНИЕ

- 1) угля
- 3) липофусцина
- 2) меланина
- 4) гемосидерина**

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГКИХ ПРИ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ

- 1) разрастание соединительной ткани**
- 2) хроническое венозное полнокровие**
- 3) множественные мелкие кровоизлияния**
- 4) петрификаты в лимфатических узлах легких
- 5) просветы бронхов неравномерно расширены
- 6) локализация пигмента в сидерофагах и сидеробластах**

ОБЩИЙ ГЕМОСИДЕРОЗ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) болезнях миокарда
- 2) заболеваниях крови**
- 3) инфекционных заболеваниях**
- 4) диапедезных кровоизлияниях
- 5) переливании несовместимой крови**
- 6) отравлении гемолитическими ядами**

ВИД ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ В ОЧАГАХ АТЕРОМАТОЗА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

- 1) обменное
- 2) дистрофическое**
- 3) идиопатическое
- 4) метастатическое

ДИСТРОФИЧЕСКОМУ ОБЫЗВЕЩЕНИЮ ПРЕДШЕСТВУЮТ

- 1) некроз**
- 2) склероз**
- 3) петрификация
- 4) гиперпигментация

ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКОМ ОБЫЗВЕЩЕНИИ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ

- 1) увеличивается
- 2) не меняется**
- 3) уменьшается

ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ

- 1) гиперкальциемия**
- 2) уровень кальция в крови не меняется

- 3) кальций откладывается в очагах некроза
- 4) соли кальция имеют вид аморфных депозитов
- 5) соли кальция откладываются в различных органах

6) Практическая работа.

6.1. Мужчина средних лет страдал хроническим алкоголизмом, смерть наступила от алкогольной интоксикации (содержание этилового спирта в крови 5,2‰). На судебно-медицинском вскрытии печень увеличена в размерах, охряно-желтого цвета, дряблой консистенции

Вопрос 1: Вид дистрофии, которая развилась в печени;

Вопрос 2: Микроскопические (гистологические) изменения гепатоцитов при такой дистрофии;

Вопрос 3: Образное название печени при этой дистрофии;

Вопрос 4: Этиологический фактор дистрофии печени в данном случае;

Вопрос 5: Обратимость данной дистрофии у больных с алкоголизмом;

6.2. У больного тяжело протекающий гломерулонефрит, нефротический синдром, высокая протеинурия. Смерть наступила от почечной недостаточности. При гистологическом исследовании секционного материала патология почек подтверждена, имеются изменения эпителия извитых канальцев – в них гиалиново-капельная и гидропическая дистрофия

Вопрос 1: Определение гиалиново-капельной дистрофии;

Вопрос 2: Определение гидропической дистрофии;

Вопрос 3: Что лежит в основе патогенеза гиалиново-капельной дистрофии в данном случае?;

Вопрос 4: Обратимость этих видов дистрофии, влияние на функцию почек;

Вопрос 5: К каким дистрофиям (по локализации процесса) они относятся?;

6.3. Больной 62-х лет умер от острого лейкоза. На вскрытии, кроме проявлений основного заболевания, обнаружены изменения в сердце. Оно увеличено в размерах, миокард дряблый, на разрезе глинистого вида, со стороны эндокарда, особенно в области папиллярных мышц, бело-желтая исчерченность

Вопрос 1: Вид дистрофии, которая развилась в миокарде;

Вопрос 2: Микроскопические изменения миокарда;

Вопрос 3: С чем связан характерный вид сердца (желтая исчерченность) со стороны эндокарда?;

Вопрос 4: Образное название сердца при этой дистрофии;

Вопрос 5: Клиническое значение описанной патологии миокарда;

7) Участие в научно-практической дискуссии по вопросам клинической и фундаментальной медицины «Макро-, микроскопическая и ультраструктурная характеристика кальцинозов, значение для организма».

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Диспут по теме: «Атеросклероз – проблема XXI века»

2) Рассмотреть и разобрать обязательные макро- и микропрепараты:

1. Макропрепарат «Ишемический инфаркт головного мозга» Обратите внимание на форму, консистенцию и цвет очага некроза.

2. Макропрепарат «Ишемический инфаркт селезенки». Обратите внимание на форму, цвет и консистенцию очага некроза.

3. Макропрепарат «Гангрена стопы». Обратите внимание на объем некротизированных тканей, их цвет и консистенцию, отметить наличие демаркационной линии.

4. Макропрепарат «Гангрена кишки». Отметить состояние слизистой оболочки, цвет, толщину, консистенцию кишечной стенки, состояние серозной оболочки и сосудов брыжейки.

5. Микропрепарат «Некроз эпителия извитых канальцев почки» (окраска гематоксилином и эозином). Обратите внимание на состояние ядер и цитоплазмы эпителия канальцев, кровенаполнение капилляров клубочков и сосудов мозгового вещества почки.

3) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т. — Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тема 2.2. Нарушения кровообращения.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Изучить причины, механизмы развития, виды, клинические и морфологические проявления, значения и последствия артериального и венозного полнокровия, ишемии, кровотечений и кровоизлияний.

Задачи: Научить определять причины, механизмы развития, функциональное значение и исходы различных видов расстройств крово-, лимфообращения, отличать их по макроскопической и микроскопической картине от других патологических процессов.

Обучающийся должен знать:

1. Определение артериального и венозного полнокровия.
2. Этиологию, классификации и морфологические проявления артериального и венозного полнокровия.
3. Осложнения и исходы артериального и венозного полнокровия.
4. Определение, этиологию, патогенез, классификацию, морфологические проявления, осложнения и исходы кровотечений.
5. Определение, виды, морфологические проявления, осложнения и исходы кровоизлияний.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

8. Факторы, патогенез, патологическая анатомия, исход и значение общего артериального полнокровия.
9. Виды патологической артериальной гиперемии, Факторы, патогенез, патологическая анатомия, исход и значение.

10. Причины, морфологические проявления, исход и значение хронического малокровия.
11. Малокровие. Виды. Факторы, патогенез, патологическая анатомия, исход и значение.
12. Причины, механизм развития, макро- и микроскопические проявления, исход и значение общего венозного полнокровия.
13. Причины, морфологические проявления, исход и значение хронического общего венозного полнокровия.
14. Этиология, механизм развития, морфо - функциональные изменения, исходы и значение местного венозного полнокровия.

2) Практическая работа.

- При патологоанатомическом вскрытии умершего от хронической ишемической болезни сердца найдена хроническая аневризма левого желудочка сердца. Стенка аневризмы тонкая, представлена фиброзной тканью, со стороны эндокарда покрыта пристеночным слоистым пестрого вида тромбом

Вопрос 1: Основная причина образования тромба в аневризме;

Вопрос 2: Вид тромба в аневризме по структуре и цвету;

Вопрос 3: Состав этого тромба;

Вопрос 4: Возможные благоприятные исходы данного тромбоза;

Вопрос 5: Возможные неблагоприятные исходы данного тромбоза;

- С места автомобильной катастрофы в клинику доставлен пострадавший в крайне тяжелом состоянии, с многочисленными переломами крупных трубчатых костей. В приемном покое при нарастающих явлениях острой дыхательной недостаточности наступила смерть

Вопрос 1: Вид эмболии, наиболее вероятный в данном случае;

Вопрос 2: Микроскопические изменения в легких, документирующие это осложнение;

Вопрос 3: Окраска, которой необходимо воспользоваться для диагностики данной эмболии в гистологических препаратах;

Вопрос 4: Степень поражения капилляров легких, при которой эта эмболия несовместима с жизнью;

Вопрос 5: Другие клинические ситуации, при которых развивается эта эмболия;

- У больного с ревматическим пороком сердца развилась хроническая сердечная недостаточность, сопровождающаяся выраженными отеками нижних конечностей. При попытке подняться с постели возникла внезапная потеря сознания, появился цианоз лица и верхней половины туловища, наступила смерть. На вскрытии в просветах крупных ветвей лёгочной артерии обнаружены свободно располагающиеся, темно-красные, имеющие вид жгутов (цилиндров) мягкие, с плотными, крошащимися участками фрагменты диаметром 0,4-0,5см, длиной от 4 до 8см

Вопрос 1: Назовите смертельное осложнение в данном случае;

Вопрос 2: Изменения в сосудах нижних конечностей, предшествующие этому осложнению;

Вопрос 3: Механизм смерти больного;

Вопрос 4: Другие заболевания, при которых часто развивается это осложнение;

Вопрос 5: Патологические процессы в легких, развивающиеся вследствие данного осложнения в случаях, если внезапная смерть не наступает;

4) Тестовый контроль:

ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ОБЫЗВЕЩЕНИЯ

1) гиперкальциемия

2) уровень кальция в крови не меняется

3) кальций откладывается в очагах некроза

4) соли кальция имеют вид аморфных депозитов

5) соли кальция откладываются в различных органах

ОСТРАЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) асцитом

2) гидроцеле

3) отеком легких

4) спленомегалией

5) гепатомегалией

6) варикозом вен пищевода

ОТЕЧНАЯ ЖИДКОСТЬ, НАКАПЛИВАЮЩАЯСЯ В ТКАНЯХ ИЛИ ПОЛОСТЯХ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) лимфой

- 2) гематомой
- 3) экхимозом
- 4) экссудатом
- 5) транссудатом**
- 6) гидротораксом

ОТЕЧНАЯ ЖИДКОСТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) асцит**
- 5) нефрогидроз
- 2) анасарка
- 6) гидроцефалия
- 3) гидроцеле
- 7) гидроторакс
- 4) гидроторакс

8) гидроторакс

ОТЕЧНАЯ ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) асцит
- 2) анасарка
- 3) гидроцеле
- 4) гидроторакс**
- 5) нефрогидроз
- 6) гидроцефалия
- 7) гидроторакс
- 8) гидроторакс

ОТЕЧНАЯ ЖИДКОСТЬ В СЕРДЕЧНОЙ СОРОЧКЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) асцит
- 2) анасарка
- 3) гидроцеле
- 4) гидроторакс
- 5) нефрогидроз
- 6) гидроцефалия
- 7) гидроторакс**
- 8) гидроторакс

ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЕЙ

- 1) левого желудочка
- 3) правого желудочка**
- 2) левого предсердия
- 4) обоих желудочков

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ, ПРИВОДЯЩИЕ К КРОВОТЕЧЕНИЮ

- 1) спазм
- 2) склероз
- 3) разрыв**
- 4) гиалиноз
- 5) разъедание**
- 6) воспаление**

МЕХАНИЗМЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) диатез
- 2) аррозия**
- 3) диапедез**
- 4) коррозия
- 5) геморрагия
- 6) плазморрагия

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ШОКА

- 1) септический**
- 2) нейрогенный
- 3) кардиогенный**
- 4) гиповолемический**
- 5) анафилактический

ПО СТРОЕНИЮ И ВНЕШНЕМУ ВИДУ РАЗЛИЧАЮТ ТРОМБЫ

- 1) белые**

- 2) **красные**
- 3) сложные
- 4) **смешанные**
- 5) **гиалиновые**
- 6) фибриновые

ГОЛОВКА СМЕШАННОГО ТРОМБА ИМЕЕТ СТРОЕНИЕ ТРОМБА

- 1) **белого**
- 2) красного
- 3) смешанного

ТЕЛО СМЕШАННОГО ТРОМБА ИМЕЕТ СТРОЕНИЕ ТРОМБА

- 1) белого
- 2) красного
- 3) **смешанного**

ХВОСТ СМЕШАННОГО ТРОМБА ИМЕЕТ СТРОЕНИЕ ТРОМБА

- 1) белого
- 2) **красного**
- 3) смешанного

БЕЛЫЕ ТРОМБЫ ОБРАЗУЮТСЯ В

- 1) венах
- 2) **артериях**
- 3) полости аневризмы
- 4) сосудах микроциркуляторного русла

КРАСНЫЕ ТРОМБЫ ОБРАЗУЮТСЯ В

- 1) **венах**
- 2) артериях
- 3) полости аневризмы
- 4) сосудах микроциркуляторного русла

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ТРОМБОЗА

- 1) **организация**
- 2) отрыв тромба
- 3) **инкорпорация**
- 4) **петрификация**
- 5) **асептический аутолиз**
- 6) септическое расплавление

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ТРОМБОЗА

- 1) организация
- 2) **отрыв тромба**
- 3) инкорпорация
- 4) петрификация
- 5) асептический аутолиз
- 6) **септическое расплавление**

ОРТОГРАДНАЯ ЭМБОЛИЯ - ЭТО ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЭМБОЛОВ

- 1) **по току крови**
- 2) против тока крови
- 3) через дефекты в перегородках сердца

РЕТРОГРАДНАЯ ЭМБОЛИЯ - ЭТО ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЭМБОЛОВ

- 1) по току крови
- 2) **против тока крови**
- 3) через дефекты в перегородках сердца

ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЯ - ЭТО ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЭМБОЛОВ

- 1) потоку крови
- 2) против тока крови
- 3) **через дефекты в перегородках сердца**

Установить соответствие

- 1. Нарушение кровенаполнения
 - 1) артериальное полнокровие,
 - 2) венозное полнокровие,

Характеристика:

- а) приток не изменен, отток увеличен,
- б) приток увеличен, отток не изменен,
- в) приток не изменен, отток уменьшен.

Ответы: 1, 2.

Дополнить

2. В легком при хроническом венозном застое накапливается пигмент _____

Установить соответствие

Вид тромба:

- 1) белый,
- 2) красный,
- 3) гиалиновый,
- 4) смешанный.

Локализация:

- а) капилляры,
- б) артерии,
- в) полость аневризмы,
- г) лимфатические сосуды,
- д) вены.

Ответы: 1, 2, 3, 4.

Установить соответствие

12. Образование:

- 1) тромба,
- 2) посмертного свертка крови.-

Признак:

- а) тусклая поверхность,
- б) гладкая поверхность,
- в) прикреплен к стенке сосуда,
- г) лежит свободно в просвете сосуда,
- д) плотный, хрупкий.

Ответы: 1, 2.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

Пациент доставлен в реанимационное отделение с места дорожного происшествия с многочисленными травмами. Клинически: холодная, влажная, бледная кожа; снижение артериального давления; тахикардия; беспокойство, сменяющееся затемнением сознания; нарушение дыхания

Вопрос 1: Патологический процесс, развившийся у больного;

Вопрос 2: Виды этого процесса с учетом патогенеза;

Вопрос 3: Расстройства гемодинамики, лежащие в основе этого состояния;

Вопрос 4: Названия органов при этой патологии;

Вопрос 5: Основные морфологические изменения миокарда при этом процессе;

3) Рассмотреть, описать и зарисовать макро и микропрепараты:

Макропрепарат:

- 1. Смешанный обтурирующий тромб в аорте. Отметить цвет, охарактеризовать поверхность тромба. Определить его отношение к просвету сосуда и интимае.
- 2. Инфаркт миокарда с разрывом (гемотампонада). Определить зону инфаркта по характерным макроскопическим признакам. Выявить признаки разрыва миокарда и тампонады сердца.
- 3. Геморрагический инфаркт легкого. Определить форму, цвет, отношение к плевре зоны инфаркта.

Микропрепарат: 1. Организующийся тромб.

2. Инфаркт миокарда.

3. Геморрагический инфаркт лёгкого.

4) Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется

		В.С. Паукова			
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тема 2.3. Экссудативное воспаление.

ЦЕЛЬ:

Изучить этиологию и патогенез острого воспаления, морфологическую характеристику, осложнения и исходы видов экссудативного воспаления.

Задачи: Научиться определять причины, механизм развития, типы тканевых реакций при воспалении, а также отличать на основании морфологической характеристики экссудативное воспаление от других патологических процессов.

Обучающийся должен знать:

Определение воспаления, этиология, механизмы развития, фазы воспаления.

2. Классические клинические проявления воспаления, молекулярные механизмы развития каждого из них.

3. Классификация воспаления.

4. Клеточные медиаторы воспаления: вазоактивные амины, цитокины, оксид азота, медиаторы лизосомальных гранул.

5. Плазменные медиаторы воспаления: система свертывания крови, комплемента, кинины.

6. Характеристика стадий воспалительного ответа.

7. Определение экссудативного воспаления, его виды.

8. Макро- и микроскопическая характеристика различных видов экссудативного воспаления.

9. Значение и исходы различных видов экссудативного воспаления в различных органах.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

7. Сущность, причина и механизм развития воспаления.
8. Фазы воспаления, их морфологическая характеристика.
9. Классификация воспаления.
10. Морфологическая характеристика видов экссудативного воспаления.
11. Клиническое значение и исходы отдельных видов экссудативного воспаления.

2) Практическая работа.

1. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ИМЕЮЩИЙ МЕСТНЫЕ И ОБЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА УСТРАНЕНИЕ ЕГО ПРИЧИНЫ, ОГРАНИЧЕНИЕ ОЧАГА ПОВРЕЖДЕНИЯ:

- 1) дистрофия;
- 2) некроз;
- 3) полнокровие;
- 4) воспаление;
- 5) кахексия;

Правильный ответ: 4

2. ПРИЗНАК ВОСПАЛЕНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ СЛЕДСТВИЕМ ГИПЕРЕМИИ:

- 1) нарушение функции;
- 2) боль;
- 3) жар;
- 4) припухлость;
- 5) краснота;

Правильный ответ: 5

3. ПРИЗНАК ВОСПАЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЙ С АКТИВИЗАЦИЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ:

- 1) боль;
- 2) припухлость;
- 3) нарушение функции;
- 4) краснота;
- 5) жар;

Правильный ответ: 5

4. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) некроз, кровоизлияние;
- 2) паренхиматозные диспротеинозы;
- 3) гемосидероз;
- 4) острое венозное полнокровие;
- 5) сладж-феномен;

Правильный ответ: 1

5. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ЗАТРАГИВАЮТ:

- 1) только паренхиму органа;
- 2) все компоненты ткани;
- 3) только кровеносные сосуды;
- 4) только соединительную ткань;
- 5) только паренхиму органа и строму;

Правильный ответ: 2

6. АЛЬТЕРАЦИЯ - ЭТО:

- 1) конечная фаза воспаления;
- 2) пролиферация воспалительных клеток;
- 3) дистрофия;
- 4) фаза воспаления, следующая за экссудацией;

5) инициальная фаза воспаления;

Правильный ответ: 5

7. ЭКССУДАЦИЯ - ЭТО:

- 1) конечная фаза воспаления;
- 2) фаза, предшествующая альтерации;
- 3) третья фаза воспалительной реакции;
- 4) фаза, следующая за альтерацией;
- 5) пусковой механизм воспаления;

Правильный ответ: 4

8. РЕАКЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА - ЭТО:

- 1) повышение тканево-сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла;
- 2) рефлекторный спазм, сменяющийся расширением сосудов;
- 3) экссудация составных частей плазмы крови;
- 4) эмиграция клеток крови;
- 5) образование экссудата и воспалительного клеточного инфильтрата;

Правильный ответ: 2

9. ИЗМЕНЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ СВОДЯТСЯ К:

- 1) повышению тканево-сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла;
- 2) экссудации составных частей плазмы крови;
- 3) перераспределению в кровяном потоке лейкоцитов и эритроцитов;
- 4) образованию экссудата и воспалительного клеточного инфильтрата;
- 5) эмиграции клеток крови;

Правильный ответ: 3

10. ЭКССУДАЦИЯ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ - ЭТО РЕЗУЛЬТАТ:

- 1) альтерации;
- 2) реакции микроциркуляторного русла;
- 3) повышения тканево-сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла;
- 4) эмиграции клеток крови;
- 5) образования экссудата и воспалительного клеточного инфильтрата;

Правильный ответ: 3

11. С ПОМОЩЬЮ ХЕМОТАКСИЧЕСКИХ МЕДИАТОРОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) реакция микроциркуляторного русла;
- 2) повышение тканево-сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла;
- 3) экссудация составных частей плазмы крови;
- 4) эмиграция клеток крови;
- 5) образование экссудата и воспалительного клеточного инфильтрата;

Правильный ответ: 4

12. ЗАВЕРШАЕТ ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЭКССУДАЦИИ:

- 1) реакция микроциркуляторного русла;
- 2) повышение тканево-сосудистой проницаемости на уровне микроциркуляторного русла;
- 3) экссудация составных частей плазмы крови;
- 4) эмиграция клеток крови;
- 5) образование экссудата и воспалительного клеточного инфильтрата;

Правильный ответ: 5

13. ПРОЛИФЕРАЦИЯ - ЭТО:

- 1) конечная фаза воспаления;
- 2) дифференцировка воспалительных клеток;
- 3) эмиграция воспалительных клеток;
- 4) неблагоприятный исход воспаления;
- 5) пусковой механизм воспаления;

Правильный ответ: 1

14. ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЧАЩЕ ДЛИТСЯ:

- 1) до 3 дней;
- 2) до 1 недели;
- 3) до 1 месяца;
- 4) 3-6 месяцев;
- 5) более 6 месяцев;

Правильный ответ: 3

15. К ПРОЛИФЕРАТИВНОМУ ВОСПАЛЕНИЮ ОТНОСЯТ:

- 1) междуточное;
- 2) серозное;
- 3) фибринозное;
- 4) гнойное;
- 5) геморрагическое;

Правильный ответ: 1

16. В ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОЛОСТЯХ И ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ:

- 1) серозное воспаление;
- 2) дифтеритическое воспаление;
- 3) междуточное воспаление;
- 4) катаральное воспаление;
- 5) гнилостное воспаление;

Правильный ответ: 1

17. ВЫЗЫВАЕТСЯ ГРИБАМИ И БАКТЕРИЯМИ:

- 1) серозное воспаление;
- 2) фибринозное воспаление;
- 3) гнойное воспаление;
- 4) геморрагическое воспаление;
- 5) гнилостное воспаление;

Правильный ответ: 3

18. МАКРОСКОПИЧЕСКИ НА ПОВЕРХНОСТИ СЕРОЗНЫХ ИЛИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК НАБЛЮДАЮТ СВЕТЛО-СЕРУЮ ПЛЕНКУ ПРИ:

- 1) серозном воспалении;
- 2) фибринозном воспалении;
- 3) гнойном воспалении;
- 4) геморрагическом воспалении;
- 5) гнилостном воспалении;

Правильный ответ: 2

19. КРУПОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К:

- 1) фибринозному воспалению;
- 2) гнилостному воспалению;
- 3) серозному воспалению;
- 4) гнойному воспалению;
- 5) геморрагическому воспалению;

Правильный ответ: 1

20. АНАЭРОБНАЯ ГАНГРЕНА - ЭТО:

- 1) гнилостное воспаление;
- 2) серозное воспаление;
- 3) геморрагическое воспаление;
- 4) гнойное воспаление;
- 5) флегмона;

Правильный ответ: 1

21. ОЧАГОВОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ РАСПЛАВЛЕНИЕМ ТКАНИ С ОБРАЗОВАНИЕМ ПОЛОСТИ, ЗАПОЛНЕННОЙ ГНОЕМ, - ЭТО:

- 1) гангрена;
- 2) флегмона;
- 3) абсцесс;
- 4) фурункул;
- 5) эмпиема;

Правильный ответ: 3

22. ДИФФУЗНОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА В ТКАНЯХ С ЛИЗИСОМ ТКАНЕВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ - ЭТО:

- 1) абсцесс;
- 2) гангрена;
- 3) флегмона;
- 4) киста;
- 5) эмпиема;

Правильный ответ: 3

23. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭМПИЕМА:

- 1) легкого;
- 2) печени;
- 3) желудка;
- 4) желчного пузыря;
- 5) нижней конечности;

Правильный ответ: 4

24. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КАТАРАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) примесь гноя к экссудату;
- 2) примесь слизи к экссудату;
- 3) расплавление в месте воспаления;
- 4) пропитывание очага воспаления кровью;
- 5) локализация на серозных оболочках;

Правильный ответ: 2

25. ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ:

- 1) абсцесс;
- 2) эмпиема;
- 3) флегмона;
- 4) целлюлит;
- 5) карбункул;

Правильный ответ: 2

26. ХРОНИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ОСТРОГО:

- 1) формой;
- 2) размерами;
- 3) содержимым;
- 4) строением стенки;
- 5) способностью к дренированию;

Правильный ответ: 4

27. КРУПОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА ОБОЛОЧКАХ, ПОКРЫТЫХ:

- 1) мезотелием;
- 2) переходным эпителием;
- 3) уротелием;
- 4) многослойным плоским ороговевающим эпителием;
- 5) нефротелием;

Правильный ответ: 1

28. ТИПИЧНЫЙ ИСХОД СЕРОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) переход в гнойное;
- 2) склероз;

- 3) атрофия;
 - 4) благоприятный;
 - 5) неблагоприятный;
- Правильный ответ: 4

29. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФИБРИНОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) интерстиций;
 - 2) подкожная клетчатка;
 - 3) сосуды;
 - 4) серозные оболочки;
 - 5) порталные тракты печени;
- Правильный ответ: 4

30. АРРОЗИЯ СОСУДОВ С РАЗВИТИЕМ КРОВОТЕЧЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИ:

- 1) гнойном воспалении;
 - 2) фибринозном воспалении;
 - 3) катаральном воспалении;
 - 4) геморрагическом воспалении;
 - 5) гнилостном воспалении;
- Правильный ответ: 1

31. ДЛЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ВОСПАЛЕНИЕ:

- 1) геморрагическое;
 - 2) гнойное;
 - 3) катаральное;
 - 4) гнилостное;
 - 5) фибринозное;
- Правильный ответ: 3

32. ВИД ВОСПАЛЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА ДИФФУЗНО ПРОПИТАНА ЖЕЛТО-ЗЕЛЕНЫМ ЭКССУДАТОМ:

- 1) катарально-гнойное;
 - 2) фибринозное;
 - 3) флегмона;
 - 4) геморрагическое;
 - 5) серозное;
- Правильный ответ: 3

33. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ЭКССУДАТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) осумкование экссудата;
 - 2) ослизнение;
 - 3) образование натечников;
 - 4) рассасывание экссудата;
 - 5) секвестрация;
- Правильный ответ: 4

3) Подготовка докладов и выступлений на тему: «Гнойные осложнения в хирургии»

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

Ситуационная задача 1.

Больной М., 58 лет, в течение 10 дней болел гриппом, на 11-й день отмечалось повышение температуры тела до 39,5°C, нарастала одышка и цианоз, при явлениях прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности и интоксикации наступила смерть больного.

На вскрытии: легкие увеличены в объеме, уплотнены, темно-красного цвета; микроскопически: артериолы расширены и заполнены кровью, в просветах альвеол - серозная жидкость с примесью значительного количества эритроцитов.

Вопросы к ситуационной задаче № 1

- 1) Какой патологический процесс развивался в легких?
- 2) Какая это разновидность описанного патологического процесса?

Ситуационная задача 2.

Больной К., 29 лет, поступил в стационар с жалобами на тошноту, рвоту, боли в правой подвздошной области. Во время операции в брюшной полости обнаружен увеличенный аппендикс багрово-красного цвета, брюшина малого таза гиперемирована, тусклая, покрыта рыхлыми, серовато-желтоватыми пленками; аппендикулярный отросток удален. При микроскопическом исследовании удаленного аппендикса обнаружено: выраженный отек стенки отростка, полнокровие сосудов и очаговые кровоизлияния, диффузная инфильтрация стенки нейтрофилами.

Вопросы к ситуационной задаче № 2

- 1) Какой патологический процесс имел место в аппендиксе?
- 2) Какая это разновидность описанного патологического процесса в аппендиксе?
- 3) Какой патологический процесс имел место в области малого таза (брюшины)?
- 4) Какая это разновидность описанного патологического процесса в области малого таза (брюшины)?

Ситуационная задача 3.

Больной С., 38 лет, в течение 4-х дней болен ОРВИ, Слизистая верхних дыхательных путей отечна, гиперемирована, покрыта слизью, с 5-го дня отделяемое из носа стало зеленовато-серого цвета с неприятным запахом.

Вопросы к ситуационной задаче № 3

- 1) О каком патологическом процессе идет речь?
- 2) Какая это разновидность описанного патологического процесса?
- 3) Опишите микроскопическую картину данного патологического процесса.

Ситуационная задача 4.

У больного 89 лет, после небольшой травмы ссадина на бедре приобрела красный цвета, через 3-е суток мягкие ткани бедра стали отечны, уплотнены, из раны стало выделяться вязкое, зеленоватое содержимое; у больного температура повысилась до 38°C, отмечались сильные боли в области бедра, снижение аппетита, резкая слабость. Во время операции по иссечению раны бедра обнаружено, что подкожно-жировая клетчатка бедра пропитана зеленоватыми массами, распространяющимися в виде языков на мягкие ткани голени.

Вопросы к ситуационной задаче № 4

- 1) О каком патологическом процессе идет речь?
- 2) Какая это разновидность описанного патологического процесса?
- 3) Как называются описанные «языки» на бедре?
- 4) Опишите микроскопическую картину данного патологического процесса.

Ситуационная задача № 5

У больного Д., 38 лет, страдавшего хроническим гломерулонефритом, развилась хроническая почечная недостаточность. При аускультации выявлен шум трения перикарда и плевры. Больной умер. На вскрытии листки сердечной сорочки утолщены, тусклые, шероховатые, с множеством нитевидных наложений беловато-сероватого цвета; наложения легко снимаются. Плевральные листки обоих легких полнокровные, с петехиями, тусклые за счет легко снимаемых сероватых пленок. На вскрытии складки желудка утолщены, покрыты большим количеством вязкой слизи.

Вопросы к ситуационной задаче № 5

1. Какой вид экссудативного воспаления развивался на листках сердечной сорочки и плевре?
2. Какая разновидность этого воспаления развивалась на перикарде и плевре?
3. Каков состав экссудата?
4. Какой вид экссудативного воспаления развивался в желудке?
5. Какая разновидность этого воспаления имеет место?

Признак воспаления:

- 1) rubor (краснота),
- 2) dolor (боль),

Причина:

- а) выход жидкости из просвета сосудов в ткани,
- б) вазодилатация,

3) calor (жар),

в) увеличение скорости кровотока,
воспалительная гиперемия,

4) tumor (припухлость).

г) воспалительный инфильтрат

раздражает чувствительные нервные окончания,

д) раздражение болевых рецепторов медиаторами и отеком

3) Рассмотреть, описать и зарисовать макро и микропрепараты:

1. Фибринозный перикардит - обратить внимание на внешний вид сердца, на обильные фибринозные наложения на эпикарде, имеющие вид волосков; описать размеры сердца.

2. Флегмонозный аппендицит - обратить внимание на размеры червеобразного отростка, цвет и состояние серозной оболочки; на срезе обратить внимание на толщину стенки, выраженность слоев, содержимого в просвете отростка.

3. Гнойный лептоменингит - обратить внимание на состояние мягкой мозговой оболочки: толщину, цвет, прозрачность, а также на состояние сосудов.

4. Коревая бронхопневмония - обратить внимание на размеры и цвет легкого, распространенность процесса.

Микропрепараты:

1. Крупозная пневмония - обратить внимание на характер экссудата в просветах альвеол, его клеточный состав, распространенность процесса, состояние межальвеолярных перегородок, изменения со стороны плевры.

2. Дифтеритическое воспаление зева - найти на поверхности миндалин в глубине крипт участки, лишенные многослойного плоского эпителия; обратить внимание на характер экссудата, который располагается на месте некротизированного эпителия и в субэпителиальной ткани в зоне глубокого некроза, окруженного лейкоцитарным валом.

3. Флегмонозно-язвенный аппендицит - обратить внимание на характер экссудата, состояние сосудов, целостность стенки червеобразного отростка.

4. Гнойный лептоменингит - обратить внимание на состояние мягкой мозговой оболочки: толщину, характер экссудата, состояние сосудов.

5. Дифтеритический колит - обратить внимание на характер экссудата, который располагается на месте некротизированного эпителия и в субэпителиальной ткани в зоне глубокого некроза, окруженного лейкоцитарным валом.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.—	Пальцев М.А., Аничков Н.М.,	2009 М.: ОАО «Издательство	210	ЭБ Консультант

	Изд. 2-е, перераб.	Литвицкий П.Ф.	«Медицина»		студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ.

Тема 2.4. Продуктивное воспаление

ЦЕЛЬ: Изучить вопросы этиологии, патогенеза, морфологии, осложнений и исходов продуктивного и хронического воспаления.

Задачи: Научиться определять причины, механизм развития, типы тканевых реакций при воспалении, а также отличать на основании морфологической характеристики продуктивного воспаления от других патологических процессов.

Обучающийся должен знать:

Определение хронического воспаления.

2. Определение продуктивного воспаления.

3. Этиологию, патогенез, морфологическую характеристику хронического воспаления.

4. Этиологию, патогенез, морфологическую характеристику продуктивного межуточного воспаления.

5. Этиологию, патогенез, морфологическую характеристику, исходы гранулематозного воспаления.

6. Этиологию и патогенез специфического гранулематоза.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Воспаление: определение, этиология, патогенез, местные признаки воспаления

2. Серозное воспаление: макроскопическая и микроскопическая характеристика, исход и клиническое значение

3. Фибринозное воспаление: виды, их макроскопическая и микроскопическая характеристика, исход и клиническое значение

4. Гнойное воспаление: виды, их макроскопическая и микроскопическая характеристика, исход и клиническое значение

5. Геморрагическое воспаление: макроскопическая и микроскопическая характеристика, исход и клиническое значение

6. Гнилостное воспаление: макроскопическая и микроскопическая характеристика, исход и клиническое значение

7. Катаральное воспаление: виды, их макроскопическая и микроскопическая характеристика, исход и клиническое значение

2) Диспут: «Виды специфического гранулематозного воспаления»

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Решить задачи:

- Ребенок 14-ти лет госпитализирован с впервые выявленным ревматизмом (ревматической лихорадкой). При клиническом обследовании обнаружены различные проявления ревматизма, в том числе фибринозный перикардит

Вопрос 1: Макроскопическое описание сердца при фибринозном перикардите;

Вопрос 2: Образное название фибринозного перикардита;

Вопрос 3: Вид фибринозного воспаления в данном случае;

Вопрос 4: Возможные исходы фибринозного перикардита;

Вопрос 5: Другие патологические состояния и заболевания, приводящие к фибринозному перикардиту;

- У пациента на ягодичной области после инъекции возникли гиперемия, выраженный отек, болезненность, сопровождающиеся повышением температуры тела. С лечебной целью хирургом была рассеченная жировая клетчатка. На большой площади, лишенной

- четких границ, она имеет тусклый вид, диффузно пропитана гнойным экссудатом. Через неделю из операционной раны возникло кровотечение, которое удалось остановить

Вопрос 1: Назовите вид гнойного воспаления, развившегося у больного;

Вопрос 2: Причина кровотечения из раны;

Вопрос 3: Название этого кровотечения;

Вопрос 4: Благоприятный исход воспаления в данном случае;

Вопрос 5: Неблагоприятные исходы флегмоны;

- У умершего от дифтерии дыхательных путей слизистая оболочка гортани и трахеи покрыта грязно-серыми наложениями в виде пленок

Вопрос 1: Форма экссудативного воспаления у больного;

Вопрос 2: Вид этой формы воспаления в трахее и гортани;

Вопрос 3: Состав экссудата при этом воспалении;

Вопрос 4: Возможная причина смерти;

Вопрос 5: Название второго вида этого воспаления;

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

3) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

К ХРОНИЧЕСКОМУ ВОСПАЛЕНИЮ ПРИВОДЯТ

- 1) аутоиммунные болезни
- 2) артериальная гипертензия
- 3) персистирующие инфекции
- 4) хроническое венозное полнокровие
- 5) длительное воздействие потенциально токсичных экзогенных и эндогенных веществ

ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) развитием фиброза
- 2) образованием амилоида
- 3) мононуклеарной инфильтрацией
- 4) разрушением паренхиматозных клеток
- 5) персистирующей деструкцией соединительной ткани

В ОЧАГЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРЕОБЛАДАЮТ КЛЕТКИ

- 1) макрофаги
- 2) лимфоциты
- 3) нейтрофилы
- 4) фибробласты

ГРАНУЛЕМА - ЭТО УЗЕЛОК, СОСТОЯЩИЙ ИЗ

- 1) моноцитов и макрофагов
- 2) эозинофилов и лимфоцитов
- 3) эритроцитов и плазмочитов
- 4) фибробластов и эритроцитов
- 5) нейтрофилов и фибробластов

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОГЕНЕЗА РАЗЛИЧАЮТ ВИДЫ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

- 1) острое
- 2) иммунное
- 3) подострое
- 4) острейшее
- 5) неиммунное
- 6) хроническое

В ИММУННОЙ ГРАНУЛЕМЕ В КЛЕТОЧНЫХ КООПЕРАЦИЯХ УЧАСТВУЮТ КЛЕТКИ

- 1) макрофаги
- 2) лимфоциты
- 3) эритроциты
- 4) фибробласты
- 5) эпителиоидные

б) гигантские Пирогова-Лангханса

ДЛЯ НЕИММУННОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ КЛЕТКИ

- 1) лаброциты
- 2) плазмоциты
- 3) эозинофилы
- 4) базофилы
- 5) эпителиоидные

б) гигантские инородных тел

ПРЕОБЛАДАЮЩАЯ ТКАНЕВАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ

1) продуктивная

- 2) экссудативная

ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

- 1) I типа (анафилактическая)
- 2) II типа (антителоопосредованная)
- 3) III типа (иммуно-комплексная)

4) IV типа (клеточно-опосредованная)

ОСОБЕННОСТЬ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ГРАНУЛЕМ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ВОКРУГ ЖИВОТНЫХ ПАРАЗИТОВ

- 1) обширный некроз
- 2) скопление нейтрофилов
- 3) преобладание базофилов

4) преобладание гигантских клеток инородных тел

- 5) преобладание гигантских клеток Пирогова—Лангханса

ОСОБЕННОСТИ ГРАНУЛЕМ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ВОКРУГ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ

- 1) формирование абсцессов
- 2) экссудативная тканевая реакция

3) продуктивная тканевая реакция

4) преобладание гигантских клеток инородных тел

- 5) преобладание гигантских клеток Пирогова—Лангханса

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

- 1) склероз
- 2) ослизнение
- 3) канализация
- 4) васкуляризация
- 5) инкапсуляция
- 6) петрификация

4) Решить предложенные ситуационные задачи по теме

Задача №19.

При гистологическом исследовании биоптата левого ушка сердца человека обнаружено ревматическая гранулёма Ашоффа-Талалаева.

4. Определите, к какой разновидности иммунопатологической реакции относится гранулёма?
5. Какой механизм лежит в основе её развития?
6. К какой группе заболеваний относится ревматизм?

Задача №21.

При гистологическом исследовании среднего слоя аневризматически расширенного восходящего отдела аорты обнаружены скопления лимфоцитов, плазматических клеток, фибробластов, единичных гигантских клеток Маршалко-Унна.

3. Как называется этот процесс в аорте?
4. Для какой стадии заболевания характерны описанные изменения?

Задача № 22

Больной туберкулезом умер от легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружены

межуточный миокардит, множественные очажки размером с просяное зерно в легких, печени и селезенке.

Вопросы к ситуационной задаче № 22

1. Дайте название поражению легких, печени и селезенки.
2. Какую тканевую реакцию отражают такие бугорки?
3. Опишите строение туберкулезной гранулемы.
4. Дайте характеристику туберкулезной гранулемы по патогенезу и по уровню обмена.
5. Назовите стадии морфогенеза гранулем.

Задача № 23

У больного, страдавшего пороком сердца (недостаточность клапанов аорты), внезапно появилась бледность кожных покровов, резко упало артериальное давление, наступила смерть. При вскрытии обнаружен разрыв аневризмы в восходящем отделе аорты, интима восходящей части аорты с множественными бугристыми и втяжениями. В печени обнаружена солитарная гумма.

Вопросы к ситуационной задаче № 23

1. Какова этиология процесса?
2. С каким патологическим процессом связано развитие аневризмы аорты?
3. Каков клеточный состав инфильтрата в стенке аорты и в каких слоях он локализуется?
4. Как изменяются эластические волокна в стенке аорты?
5. Что такое гумма?
6. Укажите строение гуммы.

5) Изучить, описать и зарисовать макро и микропрепараты:

1. Изучить продуктивное воспаление вокруг животного паразита по макроскопической картине. Описать макропрепарат «Эхинококкоз (или альвеококкоз) печени». Обратить внимание на размеры и консистенцию печени, особенности ее строения на разрезе.
2. Изучить милиарный туберкулез легких по макроскопической картине. Описать макропрепарат «Милиарный туберкулез легких». Обратить внимание на размеры и консистенцию легкого, количество, локализацию, размеры и цвет туберкулезных бугорков.

Микропрепараты:

1. Изучить ревматическую гранулему по микроскопической картине. Изучить микропрепарат «ревматическая гранулема» (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на локализацию, клеточный состав, состояние центральной части и сосудов гранулемы.
2. Изучить эхинококкоз почки по микроскопической картине. Изучить микропрепарат «эхинококкоз почки» (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на локализацию паразита, клеточный состав и клеточный состав воспалительного инфильтрата, состояние капсулы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента

2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ.

Тема 2.5. Опухолевый рост. Морфологическая характеристика, морфогенез и гистогенез опухолей.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Изучить вопросы этиологии, патогенеза, морфологии опухолей; морфологические особенности доброкачественных и злокачественных опухолей.

Задачи:

Научиться давать определение опухоли; изучить особенности свойств клеток опухолей, виды атипизма; теории возникновения опухоли; знать классификации опухолей по гистогенезу, степени зрелости и дифференцировки, отличия злокачественных и доброкачественных опухолей; знать теорию опухолевой прогрессии Фулдса; уметь оценивать прогноз опухоли для больного.

Обучающийся должен знать:

1. Определение опухоли.
2. Основные теории опухолевого роста.
3. Виды опухолевого роста.
4. Понятие о различных видах опухолевого атипизма.
5. Понятие о доброкачественных и злокачественных опухолях, рецидивах, метастазировании.
6. Классификация эпителиальных опухолей.
7. Морфологическая характеристика основных доброкачественных и злокачественных опухолей из эпителия.
8. Особенности метастазирования злокачественных опухолей из эпителия.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Опухоль: определение, факторы риска, этиология
2. Морфология, виды роста опухолей
3. Основные свойства опухолей
4. Классификация опухолей
5. Доброкачественные и злокачественные опухоли: отличительные особенности
6. Папиллома: определение, морфологическая характеристика, локализация
7. Аденома: определение, гистологические варианты, морфологическая характеристика, локализация
8. Плоскоклеточный рак: определение, гистологические варианты, морфологическая характеристика, локализация
9. Аденокарцинома: определение, гистологические варианты, морфологическая характеристика, локализация

2) Тестовый контроль:

1. НАРУШЕНИЕ ПРОЛИФЕРАЦИИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЭПИТЕЛИЯ С РАЗВИТИЕМ КЛЕТОЧНОГО АТИПИЗМА И ИСКАЖЕНИЕМ ГИСТОАРХИТЕКТониКИ БЕЗ РАЗРУШЕНИЯ БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ - ЭТО:

- 1) катаплазия;
- 2) гиперплазия;
- 3) дисплазия;
- 4) метаплазия;
- 5) анаплазия;

Правильный ответ: 3

2. АТИПИЗМ КЛЕТКИ - ЭТО:

- 1) приобретение тканевой специфичности;
- 2) возврат клеток и тканей в недифференцированное состояние;
- 3) нарушение гистоархитектоники;
- 4) отсутствие общих признаков с клетками других тканей;
- 5) утрата первоначальной тканевой специфичности;

Правильный ответ: 5

3. ЛЮБАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ - ЭТО:

- 1) лимфома;
- 2) рак;
- 3) канцер;
- 4) карцинома;
- 5) саркома;

Правильный ответ: 3

4. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ:

- 1) саркома;
- 2) хористома;
- 3) атерома;
- 4) аденома;
- 5) рак;

Правильный ответ: 5

5. САРКОМА - ЭТО:

- 1) любая опухоль;
- 2) любая злокачественная опухоль;
- 3) злокачественная эпителиальная опухоль;
- 4) злокачественная неэпителиальная опухоль;
- 5) доброкачественная опухоль;

Правильный ответ: 4

6. ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИТИЕ ОПУХОЛЕЙ ВЫЗЫВАЮТ:

- 1) ионизирующая радиация;
- 2) генетические факторы;
- 3) физические канцерогены;
- 4) вирусы;
- 5) химические канцерогены;

Правильный ответ: 5

7. ОПУХОЛЬ РАСТЕТ “САМА ИЗ СЕБЯ” ПРИ:

- 1) экспансивном росте;
- 2) аппозиционном росте;
- 3) инвазивном росте;
- 4) инфильтрирующем росте;
- 5) пролиферативном росте;

Правильный ответ: 1

8. ПРИ ИНВАЗИВНОМ РОСТЕ ОПУХОЛИ КЛЕТКИ:

- 1) формируют хорошо отграниченные узлы;
- 2) образуют капсулу;
- 3) из нормальных трансформируются в опухолевые;
- 4) врастают в окружающие ткани и разрушают их;

5) отодвигают и сдавливают окружающие ткани;

Правильный ответ: 4

9. КАТАПЛАЗИЯ - ЭТО:

- 1) приобретение опухолевой клеткой новых, не присущих нормальной клетке свойств;
- 2) гипертрофия клетки;
- 3) уменьшение клетки;
- 4) невозможность деления клетки;
- 5) приобретение тканевой специфичности;

Правильный ответ: 1

10. ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ГИСТОАРХИТЕКТониКИ:

- 1) тканевый атипизм;
- 2) клеточный атипизм;
- 3) биохимический атипизм;
- 4) антигенный атипизм;
- 5) функциональный атипизм;

Правильный ответ: 1

11. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТКАНИ - ЭТО:

- 1) тканевый атипизм;
- 2) клеточный атипизм;
- 3) биохимический атипизм;
- 4) антигенный атипизм;
- 5) функциональный атипизм;

Правильный ответ: 3

12. ВЫРАЖАЕТСЯ В ПОЛИМОРФИЗМЕ ИЛИ МОНОМОРФИЗМЕ КЛЕТОК, ЯДЕР И ЯДРЫШЕК, ГИПЕРХРОМИИ ЯДЕР:

- 1) тканевый атипизм;
- 2) клеточный атипизм;
- 3) субклеточный атипизм;
- 4) антигенный атипизм;
- 5) ядерный атипизм;

Правильный ответ: 2

13. ПРИНЦИП МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ:

- 1) учитывающий стадии инвазии;
- 2) ультраструктурный;
- 3) гистогенетический;
- 4) учитывающий степень атипизма;
- 5) микроскопический;

Правильный ответ: 3

14. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ – ЭТО:

- 1) саркома;
- 2) атерома;
- 3) рак;
- 4) меланома;
- 5) лимфома;

Правильный ответ: 3

15. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ ПРОИЗВОДНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ТКАНИ – ЭТО:

- 1) саркома;
- 2) аденома;
- 3) рак;
- 4) меланома;
- 5) аденокарцинома;

Правильный ответ: 1

16. ОПУХОЛЮ НАЗЫВАЕТСЯ ТКАНЬ С:

- 1) метаплазией и дисплазией клеток;
- 2) гипертрофией и гиперплазией клеток;
- 3) воспалительной клеточной пролиферацией;
- 4) нарушением пролиферации и дифференцировки клеток;

5) отсутствием пролиферации клеток;

Правильный ответ: 4

17. ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА:

- 1) наличие железистых комплексов;
- 2) только тканевый атипизм;
- 3) присутствие т.н. «раковых жемчужин»;
- 4) метастазирует, прежде всего, гематогенным путём;
- 5) часто возникает в желудке;

Правильный ответ: 3

18. ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ С ЭКСПАНСИВНЫМ ХАРАКТЕРОМ РОСТА:

- 1) инвазия в подлежащие ткани;
- 2) формирование псевдокапсулы;
- 3) нечеткие границы;
- 4) склероз окружающих тканей;
- 5) высокая частота малигнизации;

Правильный ответ: 2

19. ХАРАКТЕРИСТИКА АППОЗИЦИОННОГО РОСТА ОПУХОЛИ:

- 1) неопластическая трансформация нормальных клеток;
- 2) трансформация опухолевых клеток в нормальные;
- 3) распространение по межтканевым щелям;
- 4) сдавление окружающих тканей;
- 5) инвазия в направлении наименьшего сопротивления;

Правильный ответ: 1

20. ДЛЯ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО РОСТА ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) очаги неопластической трансформации нормальных клеток;
- 2) врастание опухолевой ткани в окружающие ткани;
- 3) формирование псевдокапсулы;
- 4) четкие границы;
- 5) сдавление окружающих тканей;

Правильный ответ: 2

21. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ:

- 1) вторичные изменения;
- 2) метастазирование;
- 3) рецидивирование;
- 4) тканевый атипизм;
- 5) быстрый рост;

Правильный ответ: 4

22. КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ:

- 1) гистогенеза опухоли;
- 2) морфологии опухолевого процесса;
- 3) стадий инвазии и метастазирования;
- 4) анатомической принадлежности новообразования;
- 5) гистологической дифференцировки;

Правильный ответ: 3

23. ПРИЗНАКИ КЛЕТОЧНОГО АТИПИЗМА:

- 1) изменение формы и величины эпителиальных структур;
- 2) изменение соотношений паренхимы и стромы;
- 3) полиморфизм клеток, изменение ядерно-цитоплазматического соотношения;
- 4) изменение формы, величины и расположения митохондрий;
- 5) превращение опухолевых клеток в факультативные анаэробы;

Правильный ответ: 3

24. ПО СТЕПЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ ОПУХОЛИ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) органоспецифические;
- 2) анапластические;
- 3) злокачественные;
- 4) низкодифференцированные;
- 5) пограничные;

Правильный ответ: 4

25. ПРИ МАЛИГНИЗАЦИИ АДЕНОМЫ РАЗВИВАЕТСЯ:

- 1) плоскоклеточный рак;
- 2) аденосаркома;
- 3) аденокарцинома;
- 4) карциноид;
- 5) саркома;

Правильный ответ: 3

26. ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) гамартома;
- 2) саркома;
- 3) лепрома;
- 4) атерома;
- 5) гигрома;

Правильный ответ: 2

27. ПРЕДРАКОВЫМ ПРОЦЕССОМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

- 1) анаплазию;
- 2) кахексию;
- 3) дисплазию;
- 4) гипоплазию;
- 5) аплазию;

Правильный ответ: 3

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) **Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.**
- 2) **Работа с печатными и электронными источниками информации.**
- 3) **Темы НИР:**

1. «Современные теории опухолевого роста на основе ИГХ - исследования эпителиальных опухолей».
2. «Метастазирование рака молочной железы, осложнения, причины смерти».

4) Решить предложенные ситуационные задачи:

I.

1. У женщины 45-ти лет на коже подмышечной впадины небольшое округлое образование на ножке с мелкобугристой поверхностью (вид «ягоды малины»). После его удаления в гистологических препаратах опухоль, состоящая из сосочковых разрастаний зрелого многослойного плоского эпителия, в основе которых соединительная ткань с кровеносными сосудами

Вопрос 1: Название удаленной опухоли;

Вопрос 2: Другие локализации опухоли, кроме кожи;

Вопрос 3: Тип морфологического атипизма, которой она характеризуется;

Вопрос 4: Определение этой опухоли;

Вопрос 5: Вид роста опухоли в данном случае по отношению к поверхности кожи;

2. При профосмотре у молодой женщины в молочной железе обнаружена опухоль в виде плотного подвижного узла округлой формы небольшого размера. Произведена секторальная резекция молочной железы. Гистологически опухоль представлена мелкими железистыми структурами с просветами, варьирующими по форме, железы выстланы зрелым кубическим эпителием, в опухоли большое количество стромы

Вопрос 1: Название опухоли, обнаруженной в молочной железе;

Вопрос 2: Тип морфологического атипизма в этой опухоли;

Вопрос 3: Характер ее роста по отношению к окружающим тканям;

Вопрос 4: Возможность малигнизации этой опухоли;

Вопрос 5: Определение данной опухоли;

3. У мужчины 72-х лет на коже височной области появилось бляшковидное новообразование с приподнятыми чёткими валикообразными краями. Пораженный участок удален хирургическим путем. В

гистологическом препарате – опухоль кожи, клетки которой имеют сходство с базальными клетками эпидермиса, формируют многочисленные комплексы в виде тяжелой разной формы

Вопрос 1: Морфологический диагноз;

Вопрос 2: Характер роста данной опухоли по отношению к окружающим тканям;

Вопрос 3: Частота метастазирования этой опухоли;

Вопрос 4: Типичная локализация этой опухоли;

Вопрос 5: Морфологический атипизм данной опухоли;

4. В патологоанатомическое отделение доставлена резецированная толстая кишка с опухолью, растущей в просвет в виде бугристого узла с изъязвлением в центре и прорастающая все слои органа. В брыжейке – увеличенный лимфоузел, замещенный серой тканью. Гистологически опухоль представлена различной величины и формы железистыми структурами, состоящими из атипичных полиморфных клеток

Вопрос 1: Морфологический диагноз;

Вопрос 2: Тип роста опухоли, относительно стенки кишки;

Вопрос 3: Характер изменений лимфоузла брыжейки;

Вопрос 4: Определение данной опухоли;

Вопрос 5: Возможная иная локализация таких опухолей, кроме кишечника;

5. У пожилого мужчины, длительное время курившего трубку, на слизистой оболочке нижней губы появился очаг белого цвета с бугристой шероховатой поверхностью, плотный при пальпации. Патологически измененный участок иссечен, направлен в гистологическую лабораторию. При микроскопическом исследовании обнаружена опухоль, состоящая из атипичных клеток плоского эпителия, формирующих концентрические напластования рогового вещества

Вопрос 1: Морфологический диагноз;

Вопрос 2: Определение данной опухоли;

Вопрос 3: Вариант этой опухоли в зависимости от уровня дифференцировки;

Вопрос 4: Характер роста опухоли по отношению к окружающим тканям;

Вопрос 5: Иная локализация данной опухоли, кроме кожи;

II.

Ситуационная задача 1

У больной К., 30 лет, прооперированной 2 мес назад по поводу сосочковой цистаденомы яичника, при обследовании выявлен небольшой плотный, подвижный опухолевидный узел в молочной железе. После иссечения опухоли ткань ее отправлена на гистологическое исследование. Паренхима опухоли представлена щелевидными железами, а строма – соединительной тканью, которая врастает в стенку протоков и сдавливает их.

Вопросы к ситуационной задаче № 1

1. Какая опухоль развилась у больной в молочной железе? Дайте ее микроскопическую характеристику.
2. Какой еще гистологический вариант данной опухоли известен?
3. Обладает ли обнаруженная у больной опухоль органоспецифичностью?
4. Дайте макроскопическую характеристику сосочковой цистаденомы яичника.
5. Опишите микропрепарат сосочковой цистаденомы яичника.

Ситуационная задача 2

Больной Н., 53 лет, обратился в клинику с жалобами на потерю веса, утомляемость, нарушение глотания и боль при глотании в области пищевода. Перечисленные симптомы нарастают в течение последнего года. При эндоскопическом исследовании пищевода обнаружен опухолевый узел около 3 см в диаметре с участками некроза и изъязвлений. Была взята биопсия и отправлена на гистологическое исследование.

Вопросы к ситуационной задаче № 2

1. Назовите степень дифференцировки опухоли (доброкачественная, злокачественная). Обоснуйте ответ.
2. Дайте микроскопическую характеристику опухоли пищевода. Перечислите признаки клеточного атипизма.
3. Выскажите предположение относительно степени дифференцировки рака (высоко-, умеренно-, низкодифференцированный).

4. Какой тип роста характерен для злокачественных опухолей?
5. Где следует искать первые метастазы?

Ситуационная задача 3

У больного 0.,58 лет, гематурия, боли в пояснице. При пальпации живота обнаружено узловое образование в области левой почки. При дополнительном обследовании выявлена опухоль почки. Проведена резекция левой почки с паранефральной клетчаткой. Операционный материал отправлен в патологоанатомическое отделение. При исследовании почки в области ее верхнего полюса виден округлый узел диаметром 5 см, мягкой консистенции. При микроскопическом исследовании выявлено, что опухоль состоит из полиморфных клеток со светлой цитоплазмой, богатой липидами и гликогеном. Видны многочисленные митозы. В лимфатических узлах ворот почки метастазов не обнаружено.

Вопросы к ситуационной задаче № 3

1. Назовите опухоль, развившуюся у больного.
2. Дайте ее макроскопическую характеристику.
3. Назовите источник развития опухоли.
4. Выскажите предположение относительно ее органоспецифичности.
5. Где следует искать лимфогенные и гематогенные метастазы рака почки?
6. Прогноз у данного больного.
7. Найдите макропрепарат, отражающий один из путей метастазирования рака. Опишите его.

5) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА

- 1) воспалительная
- 2) дизонтогенетическая
- 3) вирусно-генетическая**
- 4) химических канцерогенов**
- 5) физических канцерогенов**

МЕХАНИЗМЫ АКТИВАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ОНКОГЕНОВ

- 1) альтерация
- 2) регенерация
- 3) пролиферация
- 4) амплификация**
- 5) точковая мутация**

ПРИНЦИП МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

- 1) иммунологический
- 2) ультраструктурный
- 3) гистогенетический**
- 4) макроскопический
- 5) микроскопический

ОПУХОЛИ ПО СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

- 1) доброкачественные**
- 2) злокачественные**
- 3) приобретенные
- 4) врожденные

ХАРАКТЕРИСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1) построены из дифференцированных клеток**
- 2) состоят из недифференцированных клеток
- 3) рано и обильно метастазируют
- 4) инфильтрирующий рост
- 5) экспансивный рост**
- 6) не рецидивируют**

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1) построены из дифференцированных клеток
- 2) состоят из недифференцированных клеток**
- 3) рано и обильно метастазируют**
- 4) инфильтрирующий рост**

5) экспансивный рост

6) не рецидивируют

ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ ТКАНЬ С

1) выраженной пролиферацией клеток

2) гипертрофией и гиперплазией клеток

3) воспалительной клеточной инфильтрацией

4) нарушением регуляции роста и дифференцировки клеток

ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОКРУЖАЮЩИМ ТКАНЯМ

1) экзофитный

2) эндофитный

3) экспансивный

4) инфильтрирующий

ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРОСВЕТУ ПОЛОГО МЫШЕЧНОГО ОРГАНА

1) экзофитный

2) эндофитный

3) экспансивный

4) инфильтрирующий

РОСТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОКРУЖАЮЩИМ ТКАНЯМ

1) экзофитный

2) эндофитный

3) экспансивный

4) аппозиционный

5) инфильтрирующий

ВИДЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО АТИПИЗМА В ОПУХОЛЯХ

1) ультраструктурный

2) гистохимический

3) антигенный

4) клеточный

5) тканевой

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АТИПИЗМ В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

1) тканевой

2) клеточный

3) антигенный

4) гистохимический

5) ультраструктурный

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АТИПИЗМ В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

1) макроскопический

2) гистохимический

3) антигенный

4) клеточный

5) тканевой

ВОЗМОЖНЫЕ ВТОРИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОПУХОЛЯХ

1) некроз

2) воспаление

3) инкапсуляция

4) петрификация

5) кровоизлияния

МЕТАФОРИЧЕСКИ СЕЛЕЗЕНКА ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА НАЗЫВАЕТСЯ

1) "порфировая"

2) "мускатная"

3) "глазурная"

4) "тигровая"

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО АТИПИЗМА

1) гиперхромия ядер

2) полиморфизм клеток

3) мономорфизм клеток и ядер

4) ядерно-цитоплазматический индекс сдвинут в сторону ядра

5) ядерно-цитоплазматический индекс сдвинут в сторону цитоплазмы
ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1) лимфогенный
- 2) гематогенный
- 3) аппозиционный
- 4) периневральный
- 5) имплантационный

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ - ЭТО

- 1) рецидив опухоли
- 2) пролиферация клеток
- 3) некроз опухолевого узла
- 4) эмболия опухолевыми клетками
- 5) вторичные изменения в опухоли

ЭМБОЛИЯ ОПУХОЛЕВЫМИ КЛЕТКАМИ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ

- 1) рецидивирования
- 2) некроза опухоли
- 3) метастазирования
- 4) пролиферации клеток

ФАЗЫ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КАСКАДА

- 1) опухолевая прогрессия
- 2) новообразование сосудов
- 3) сосудистая диссеминация
- 4) инвазия во внеклеточный матрикс

б) Рассмотреть, описать и зарисовать макро и микропрепараты:

Макропрепараты:

1. Макропрепарат "Папиллома кожи". Обратить внимание на размеры, форму, вид поверхности, консистенцию, основание опухоли.
2. Макропрепарат "Цистаденома яичника". Обратить внимание на размеры, форму и границы опухоли, внутреннюю поверхность стенки, содержимое кистозной полости (полостей), состояние ткани яичника.
3. Макропрепарат "Рак матки". Обратить внимание на размеры матки и локализацию новообразования, размеры, состояние поверхности и вид на разрезе, характер роста опухоли.

Микропрепараты:

1. Микропрепарат "Папиллома кожи" (окраска гематоксилином и эозином). При малом увеличении обратить внимание на характер разрастаний и свойства покровного эпителия, при большом увеличении на базальную мембрану, разрастания стромы.
2. Микропрепарат "Фиброаденома молочной железы" (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на локализацию, величину и форму железистых образований, свойства эпителия в железистых комплексах, их количество и особенности локализации стромы опухоли.
3. Микропрепарат "Аденокарцинома матки (в соскобе)" (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на строение комплексов атипичных клеток среди скоплений крови, особенности строения опухолевых клеток и ядер (размеры, форму, интенсивность окраски), вторичные изменения в ткани опухоли.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.1. Бактериальные кишечные инфекции.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Освоить этиологию, патогенез, патологическую анатомию брюшного тифа, дизентерии, холеры, сальмонеллезов, кишечного иерсиниоза, стафило- и колиинфекции. Уметь различать их по морфологической картине, иметь понятие о патоморфозе инфекционных болезней.

Задачи: Знать этиологию, патогенез, патологическую анатомию брюшного тифа, дизентерии, холеры, сальмонеллезов, кишечного иерсиниоза, стафило- и колиинфекции. Уметь различать их по морфологической картине, иметь понятие о патоморфозе инфекционных болезней.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с инфекционными болезнями.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Тестовый контроль:

1. SALMONELLA TYPHI ВПЕРВЫЕ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ ИЗ КРОВИ (ГЕМОКУЛЬТУРА):

- 1) через 20 дней с момента инфицирования;
- 2) с 15 по 25 дни с момента заражения;
- 3) на четвертой неделе заболевания;
- 4) на первой неделе заболевания;
- 5) спустя месяц после первых симптомов заболевания;

Правильный ответ: 4

2. ОСТРОЕ ЦИКЛИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ КИШЕЧНИКА:

- 1) сальмонеллез;
- 2) брюшной тиф;

- 3) дизентерия;
- 4) иерсиниоз;
- 5) холера;

Правильный ответ: 2

3. НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ БРЮШНОГО ТИФА ИМЕЕТ МЕСТО СТАДИЯ:

- 1) мозговидного набухания;
- 2) чистых язв;
- 3) изъязвления;
- 4) некроза;
- 5) заживления язв;

Правильный ответ: 1

4. СТАДИЯ БРЮШНОГО ТИФА, НАЧИНАЮЩАЯСЯ С ОТТОРЖЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ МАСС:

- 1) некроза;
- 2) мозговидного набухания;
- 3) чистых язв;
- 4) очищения язв;
- 5) изъязвления;

Правильный ответ: 5

5. ПЕРФОРАЦИЯ ЧИСТЫХ ЯЗВ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) в течение 7 дней с момента инфицирования;
- 2) на 4-5 неделе болезни;
- 3) на первой неделе заболевания;
- 4) на второй неделе момента заражения;
- 5) на 6-7 неделях болезни;

Правильный ответ: 2

6. СТАДИЯ БРЮШНОГО ТИФА, В КОТОРУЮ ПРОИСХОДИТ ЗАВЕРШЕНИЕ ОТТОРЖЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ МАСС, ОБРАЗОВАНИЕ ОВАЛЬНЫХ ИЛИ ОКРУГЛЫХ ЯЗВ С РОВНЫМИ, СЛЕГКА ЗАКРУГЛЕННЫМИ КРАЯМИ:

- 1) чистых язв;
- 2) мозговидного набухания;
- 3) некроза;
- 4) изъязвления;
- 5) образования язв;

Правильный ответ: 1

7. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ИНОГДА РАЗВИВАЕТСЯ ВОСКОВИДНЫЙ НЕКРОЗ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА:

- 1) иерсиниоз;
- 2) брюшной тиф;
- 3) сальмонеллез;
- 4) дизентерия;
- 5) холера;

Правильный ответ: 2

8. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ С СИМПТОМАМИ ОБЩЕЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ДИАРЕЕЙ:

- 1) сальмонеллез;
- 2) иерсиниоз;
- 3) холера;
- 4) дизентерия;
- 5) брюшной тиф;

Правильный ответ: 4

9. ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖКТ, ОТНОСЯЩЕЕСЯ К КАРАНТИННЫМ ИНФЕКЦИЯМ:

- 1) шигеллёз;
- 2) брюшной тиф;
- 3) иерсиниоз;
- 4) сальмонеллез;

5) холера;

Правильный ответ: 5

10. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НА 1 НЕДЕЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) дифтеритический энтерит;
- 2) катаральный энтерит;
- 3) флегмонозный энтерит;
- 4) язвенный энтерит;
- 5) геморрагический энтерит;

Правильный ответ: 2

11. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ КИШЕЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БРЮШНОГО ТИФА:

- 1) рубцовый стеноз кишки;
- 2) амилоидоз;
- 3) пиелонефрит;
- 4) перфорация кишки;
- 5) кишечная непроходимость;

Правильный ответ: 4

12. САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ОТНОСИТСЯ К:

- 1) биоценозам;
- 2) карантинным инфекциям;
- 3) антропонозам;
- 4) антропозоонозам;
- 5) особо опасным инфекциям;

Правильный ответ: 4

13. ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ:

- 1) тощая кишка;
- 2) подвздошная кишка;
- 3) восходящая ободочная кишка;
- 4) поперечно-ободочная кишка;
- 5) сигмовидная кишка;

Правильный ответ: 5

14. ДЛЯ 2 СТАДИИ ШИГЕЛЛЕЗА ХАРАКТЕРНО ВОСПАЛЕНИЕ:

- 1) флегмонозное;
- 2) язвенное;
- 3) фибринозное;
- 4) катаральное;
- 5) геморрагическое;

Правильный ответ: 3

15. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В 3 СТАДИИ ШИГЕЛЛЕЗА:

- 1) катаральный колит;
- 2) фибринозный колит;
- 3) язвенный колит;
- 4) гнойный колит;
- 5) серозный колит;

Правильный ответ: 3

16. ХАРАКТЕРНОЕ ВНЕКИШЕЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ:

- 1) парапроктит;
- 2) пиелонефрит;
- 3) перитонит;
- 4) гнойный перихондрит гортани;
- 5) восковидный некроз прямых мышц живота;

Правильный ответ: 2

17. НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХОЛЕРЫ:

- 1) дифтеритический колит;
- 2) холерная уремия;
- 3) холерный тифоид;
- 4) сепсис;

5) экстракапиллярный гломерулонефрит;

Правильный ответ: 4

18. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХОЛЕРЫ:

1) пиелонефрит;

2) пневмония;

3) холерный тифоид;

4) сепсис;

5) холерный менингит;

Правильный ответ: 3

19. ВТОРОЙ ПЕРИОД ХОЛЕРЫ:

1) алгидный;

2) холерный тифоид;

3) холерный гастроэнтерит;

4) холерный энтерит;

5) фибринозный колит;

Правильный ответ: 3

20. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ФОРМА САЛЬМОНЕЛЛЁЗА:

1) алгидная;

2) брюшно-тифозная;

3) кишечная;

4) тифоидная;

5) холерная;

Правильный ответ: 2

21. ГРАНУЛЁМЫ, НАПОМИНАЮЩИЕ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1) иерсиниозов;

2) холеры;

3) шигеллеза;

4) сальмонеллёзов;

5) брюшного тифа;

Правильный ответ: 1

22. БАКТЕРИОХОЛИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1) шигеллёза;

2) сальмонеллёза;

3) холерного тифоида;

4) дизентерии;

5) брюшного тифа;

Правильный ответ: 5

23. ФОРМА ИЕРСИНИОЗА:

1) абдоминальная;

2) кишечная;

3) брюшно-тифозная;

4) гастроинтестинальная;

5) септическая;

Правильный ответ: 1

24. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО ВНЕКИШЕЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ – АМИЛОИДОЗ:

1) брюшной тиф;

2) холера;

3) шигеллез;

4) иерсиниоз;

5) сальмонеллез;

Правильный ответ: 1

2) Вопросы для собеседования.

1. Брюшной тиф. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения

2. Другие сальмонеллезы. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
3. Дизентерия. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
4. Холера. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
5. Иерсиниозы. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения

3) Решить предложенные ситуационные задачи:

- Больной обратился в клинику с жалобами на частый кашицеобразный стул с примесью крови и слизи, боли в животе, повышение температуры до 38,0С. В процессе проведения фиброилеколоноскопии диагностировано непрерывное поражение толстой кишки в виде эрозий и язв, псевдополипов. При исследовании биоптатов выявлена воспалительная инфильтрация лимфоцитами, полиморфноядерными лейкоцитами, эозинофилами и плазматическими клетками слизистой оболочки кишки, ограниченная пределами собственной пластинки, с развитием крипт-абсцессов

Вопрос 1: Диагноз;

Вопрос 2: Отделы кишечника, поражение которых свойственно этой болезни;

Вопрос 3: Основные этиологические теории развития этой патологии;

Вопрос 4: Кишечные осложнения этого заболевания;

Вопрос 5: Отличительные признаки хронической формы этой болезни;

- Мужчина 65 лет, многие годы страдающий ожирением, обнаружил примесь крови в каловых массах. При ректороманоскопии в прямой кишке обнаружена язва диаметром 5см с утолщенными, деформированными плотными краями. При гистологическом исследовании биоптатов диагностировано злокачественное новообразование

Вопрос 1: Наиболее вероятная гистологическая форма опухоли;

Вопрос 2: Макроскопическая форма этого новообразования;

Вопрос 3: Предраковый процесс, обычно предшествующий развитию таких опухолей;

Вопрос 4: Первые лимфогенные и гематогенные метастазы этой опухоли;

Вопрос 5: Возможные осложнения;

- Женщина 35 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, волнообразного характера повышение температуры, боли в подвздошной области, диарею, рвоту, вздутие кишечника, потерю веса. При обследовании в подвздошной кишке и начальном отделе толстой кишки обнаружены сегментарного характера изменения кишечника: просвет кишки неравномерно сужен, слизистая оболочка с многочисленными продольными и поперечными щелевидными язвами, бугристая, имеет вид «булыжной мостовой

Вопрос 1: Предполагаемый диагноз;

Вопрос 2: Определение данного заболевания;

Вопрос 3: Характерные микроскопические проявления;

Вопрос 4: Возможные кишечные осложнения;

Вопрос 5: Внекишечные осложнения;

Самостоятельная внеаудиторная работа.

1) Подготовиться к диспуту на тему: «Хронический аппендицит: этиология, патогенез в современном аспекте».

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

3) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

Бактериальные кишечные инфекции.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

- 1) воздушно-капельный
- 2) фекально-оральный**
- 3) трансмиссивный
- 4) парентеральный
- 5) контактный

ОТДЕЛЫ КИШЕЧНИКА, КОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

- 1) аппендикс
- 2) тощая кишка
- 3) слепая кишка
- 4) прямая кишка**
- 5) 12-перстная кишка
- 6) сигмовидная кишка**
- 7) нисходящая ободочная кишка**
- 8) восходящая ободочная кишка

СТАДИИ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА

- 1) гранулематозная
- 2) заживления язв**
- 3) фибринозная**
- 4) катаральная**
- 5) серозная
- 6) язвенная**

ХАРАКТЕРИСТИКА КАТАРАЛЬНОГО КОЛИТА ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ

- 1) мозговидное набухание пейеровых бляшек
- 2) диффузная лейкоцитарная инфильтрация**
- 3) гиперемия слизистой оболочки**
- 4) некроз слизистой оболочки
- 5) слущивание эпителия**

ВИД ВОСПАЛЕНИЯ ВО ВТОРУЮ СТАДИЮ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА

- 1) гнойное
- 2) слизистое
- 3) крупозное
- 4) продуктивное
- 5) геморрагическое
- 6) дифтеритическое**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВТОРОЙ СТАДИИ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА

- 1) гранулематоз
- 2) глубокий некроз**
- 3) фибринозная пленка**
- 4) большое количество фибрина**
- 5) диффузная лейкоцитарная инфильтрация**

ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ

- 1) гангрена кишки
- 2) некрозы гранулем
- 3) массивные кровоизлияния
- 4) отторжение фибринозной пленки**

КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА

- 1) амилоидоз
- 2) перфорация**
- 3) кровотечение**
- 4) абсцедирование
- 5) рубцовые стенозы**

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА

- 1) сепсис
- 2) амилоидоз**

- 3) энцефалопатия
- 4) очаговая пневмония**
- 5) крупозная пневмония
- 6) пилефлебические абсцессы печени**

ЭЛЕМЕНТЫ ПАТОГЕНЕЗА БРЮШНОГО ТИФА

- 1) бактериемия**
- 2) бактериохолия**
- 3) мозговидное набухание
- 4) экссудативное воспаление
- 5) реакция гиперчувствительности в лимфоидном аппарате**

СТАДИИ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1) некроз**
- 2) заживление**
- 3) гастроэнтерит
- 4) фибринозный колит
- 5) мозговидное набухание**
- 6) образование чистых язв**
- 7) образование грязных язв**
- 8) фолликулярно-язвенный колит

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КИШКЕ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) образование чистых язв
- 2) некроз пейеровых бляшек
- 3) разрастание грануляционной ткани
- 4) экссудативное воспаление в солитарных фолликулах
- 5) гиперплазия клеток моноцитарно-макрофагального ряда в пейеровых бляшках**

ОБЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1) сыпь**
- 2) гепатомегалия
- 3) энцефалопатия
- 4) очаговая пневмония
- 5) гиперплазия селезенки**
- 6) восковидный некроз скелетной мускулатуры**

ОСЛОЖНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА

- 1) пилефлебические абсцессы печени
- 2) брюшнотифозный сепсис**
- 3) крупозная пневмония
- 4) очаговая пневмония**
- 5) кровотечение**
- 6) перитонит**
- 7) плеврит

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ

- 1) брюшнотифозная**
- 2) гепаторенальная
- 3) кишечная**
- 4) лимфоидная
- 5) септическая**
- 6) язвенная
- 7) легочная

ПРИЧИНА ТЯЖЕЛОЙ ДИАРЕИ ПРИ ХОЛЕРЕ

- 1) обширные язвенные дефекты
- 2) поражение сосудов кишечника
- 3) внедрение холерного вибриона
- 4) воздействие холерного энтеротоксина**
- 5) токсическое поражение нервного аппарата кишечника

ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ОРГАНИЗМА ПРИ ХОЛЕРЕ СВЯЗАНО С

- 1) массивным выделением из клеток натрия и воды**

- 2) **высоким уровнем внутриклеточного АМФ**
- 3) **нарушением всасывания жидкости**
- 4) некрозом эпителия

СТАДИИ ХОЛЕРЫ

- 1) проктит
- 2) сигмоидит
- 3) **гастроэнтерит**
- 4) **алгидный период**
- 5) **серозный энтерит**

ПРИ ВСКРЫТИИ УМЕРШЕГО ВО ВРЕМЯ АЛГИДНОГО ПЕРИОДА ХОЛЕРЫ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1) отсутствие трупного окоченения
- 2) **выраженное трупное окоченение**
- 3) трупная кровь жидкая и светлая
- 4) **трупная кровь густая и темная**
- 5) **крайнее обезвоживание**

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХОЛЕРЫ

- 1) спленомегалия
- 2) язвенный гастрит
- 3) **холерный тифоид**
- 4) холерный менингит
- 5) **постхолерная уремия**

4) Решить ситуационные задачи по теме:

1. Женщина 35 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, волнообразного характера повышение температуры, боли в подвздошной области, диарею, рвоту, вздутие кишечника, потерю веса. При обследовании в подвздошной кишке и начальном отделе толстой кишки обнаружены сегментарного характера изменения кишечника: просвет кишки неравномерно сужен, слизистая оболочка с многочисленными продольными и поперечными щелевидными язвами, бугристая, имеет вид «булыжной мостовой»

Вопрос 1: Предполагаемый диагноз;

Вопрос 2: Определение данного заболевания;

Вопрос 3: Характерные микроскопические проявления;

Вопрос 4: Возможные кишечные осложнения;

Вопрос 5: Внекишечные осложнения;

2. У пациента, длительное время получавшего антибиотики широкого спектра действия по поводу бронхоэктатической болезни стали беспокоить водянистая диарея, схваткообразные боли в животе, появились клинические признаки обезвоживания, гипотензия. При гистологическом исследовании биоптатов толстой кишки на слизистой оболочке обнаружена плёнка из фибрина, лейкоцитов, слизи, погибших эпителиоцитов, выявлены эрозии

Вопрос 1: Предполагаемый диагноз;

Вопрос 2: Поясните происхождение названия болезни;

Вопрос 3: Основной этиологический фактор;

Вопрос 4: Возможные осложнения;

Вопрос 5: Патоморфологические формы колитов;

5) Рассмотреть, описать и зарисовать макро и микропрепараты:

Макропрепарат:

Макропрепарат № 35. *Дифтеритический колит.*

Стенка толстой кишки уплотнена, в просвете скудное водянисто-кровянистое содержимое. Слизистая оболочка резко полнокровна, утолщена, на эпителии определяются наложения фибрина в виде плёнок серо-жёлтого цвета, плотно соединённых с подлежащими тканями. При отделении их формируются глубокие кровотокающие язвенные дефекты с чёткими неподрытыми краями звёздчатой формы. Дифтеритическое воспаление стенки толстой кишки является морфологическим проявлением дизентерии в стадию фибринозного колита, но может наблюдаться при других кишечных инфекциях (коли-инфекция, псевдомембранозный колит). Среди осложнений следует отметить перфорацию стенки кишки с развитием калового перитонита, кровотечение. При заживлении язв образуются рубчики.

Макропрепарат №109. Некроз Пейеровых бляшек при брюшном тифе.

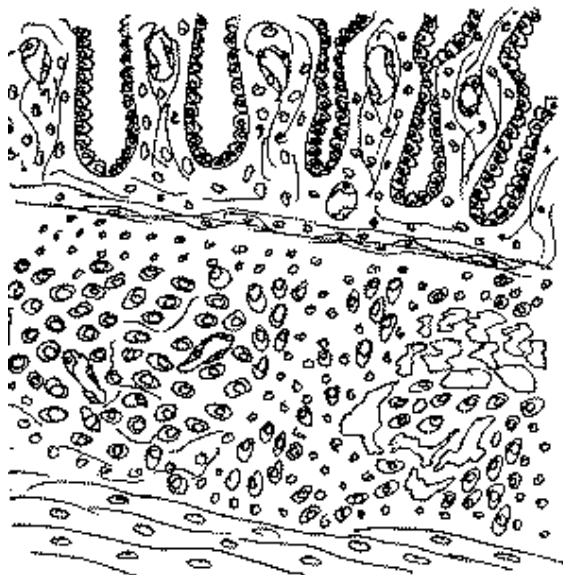
Препарат представлен фрагментом подвздошной кишки, стенка которой неравномерно истончена в области групповых лимфатических фолликулов (Пейеровых бляшек). На слизистой оболочке визуализируются продольно ориентированные язвенные дефекты овальной формы. Края язв валикообразные, мягкой консистенции, выступают над поверхностью слизистой. Дно язв чистое, гладкое, серо-розового цвета, представлено грануляционной тканью. Наиболее частым осложнением брюшного тифа в стадию чистых язв считается перфорация с последующим развитием перитонита. Заживление язвенных дефектов происходит путём рубцевания.

Микропрепараты:

Микропрепарат №121. Некроз Пейеровых бляшек при брюшном тифе.

(окраска гематоксилином и эозином)

Отмечается значительное нарастание числа клеток в Пейеровой бляшке, расположенной непосредственно в подслизистой. Увеличение групповых лимфатических фолликулов обусловлено пролиферацией ретикулярных клеток. Одновременно количество лимфоцитов уменьшается. Сосуды расширены с диапедзными кровоизлияниями с примесью полиморфноядерных лейкоцитов. Воспалительный инфильтрат проникает в мышечную оболочку.



Обозначить:

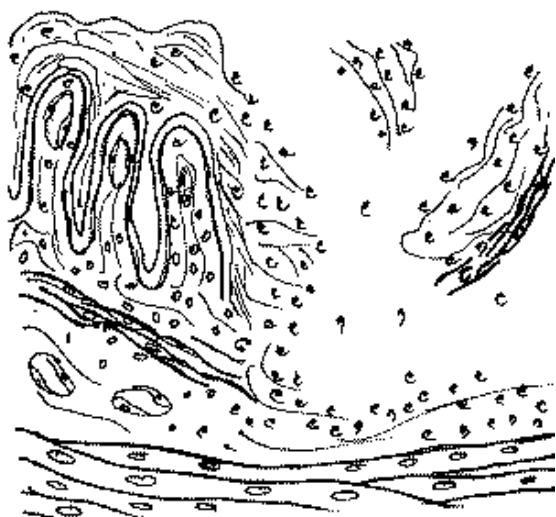
- 1 – сохранившаяся слизистая оболочка;
- 2 – некроз слизистой с начинающимся изъязвлением;
- 3 – некроз поверхностной части бляшки;
- 4 – подслизистый слой;
- 5 – клеточная инфильтрация по краю бляшки.

Микропрепарат № 125. Фибринозный колит при дизентерии.

(окраска гематоксилином и эозином)

На слизистой оболочке толстой кишки выявляется глубокий язвенный дефект, края которого образованы слизистой и подслизистой, дно его составляет мышечная оболочка. Участок слизистой,

образующий край язвы свисает над её дном. Сохранившаяся внутренняя оболочка кишки с признаками коагуляционного некроза и наложениями фибрина гомогенно розового цвета. Прилегающая часть подслизистой с полнокровными сосудами, отёчна, в ней обнаруживаются многочисленные инфильтраты, представленные полиморфноядерными лейкоцитами, лимфоцитами и плазматическими клетками. В дне язвы выявляется грануляционная ткань разной степени зрелости.



Обозначить:
 1 – слизистая оболочка;
 2 – подслизистая основа;
 3 – богатая сосудами грануляционная ткань, образующая дно язвы;
 4 – мышечный слой

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.2. Патологическая анатомия болезней органов пищеварения.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить этиологию, патогенез, знать патологическую анатомию, осложнения, исходы и причины смерти больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, раке желудка, аппендиците, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, раке кишечника.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия болезней желудочно-кишечного тракта между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

5. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
6. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов пищеварения.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Болезнь Уиппла. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
2. Энтерит, колит. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
3. Язвенный колит. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
4. Болезнь Крона. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
5. Псевдомембранозный колит. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
6. Аппендицит. Острый аппендицит. Хронический аппендицит. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
7. РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ (КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК) Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения.
8. Перитонит. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения

2) **Диспут на тему:** Современный взгляд на массивный прогрессирующий некроз печени.

3) Выступление с докладами:

- Динамика заболеваемости раком желудка в Кировской области у лиц моложе 40 лет за последние 5 лет;
- Динамика заболеваемости раком толстого кишечника в Кировской области у лиц моложе 40 лет за последние 5 лет;
- Динамика заболеваемости язвенной болезнью желудка в Кировской области у лиц моложе 40 лет за последние 5 лет.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 3) **Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.**

4) **Закрепить материал с помощью тестового контроля:**

ОСТРЫЙ ГАСТРИТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1) дисрегенераторное
- 2) воспалительное**
- 3) инфекционное
- 4) предраковое

ПРИ ОСТРОМ ГАСТРИТЕ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) энтеролизация
- 2) коагуляционный некроз
- 3) продуктивное воспаление
- 4) экссудативное воспаление**
- 5) пролиферация покровного эпителия

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОСТРЫЙ ГАСТРИТ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) поверхностным
- 2) атрофическим
- 3) диффузным**
- 4) очаговым**

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ В ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА

- 1) пилорическом
- 2) кардиальном
- 3) фундальном**
- 4) антральном**

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

- 1) геморрагический
- 2) поверхностный**
- 3) продуктивный
- 4) атрофический**
- 5) катаральный

КИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

- 1) поверхностном
- 2) продуктивном
- 3) атрофическом**
- 4) катаральном

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

- 1) энтеролизация**
- 2) атрофия желез**
- 3) склероз стромы**
- 4) отек и кровоизлияния
- 5) образование абсцессов
- 6) катаральное воспаление

ЭНТЕРОЛИЗАЦИЯ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА - ЭТО ПРОЦЕСС

- 1) регенерации
- 2) воспаления
- 3) метаплазии**
- 4) атрофии

ЭРОЗИЕЙ НАЗЫВАЮТ РАЗВИТИЕ В СТЕНКЕ ЖЕЛУДКА

- 1) пролиферации эпителия
- 2) поверхностного некроза**
- 3) глубокого некроза
- 4) воспаления
- 5) атрофии

. ДНО ЭРОЗИЙ И ОСТРЫХ ЯЗВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ЧЕРНОГО ЦВЕТА В РЕЗУЛЬТАТЕ НАКОПЛЕНИЯ ПИГМЕНТА

- 1) меланина
- 2) билирубина
- 3) гематоидина
- 4) гемосидерина
- 5) солянокислого гематина**

В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ЯЗВЫ В СТЕНКЕ ЖЕЛУДКА ЛЕЖИТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ

ПРОЦЕСС

- 1) поверхностный некроз
- 2) глубокий некроз**
- 3) воспаление
- 4) атрофия

ЭРОЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ОТЛИЧАЕТ

- 1) склероз дна
- 2) глубина некроза**
- 3) воспалительная реакция
- 4) гипертрофия желез в краях

ОСТРАЯ ЯЗВА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ (ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ) ОТЛИЧАЕТСЯ

- 1) глубиной некроза
- 2) отсутствием склероза**
- 3) характером воспаления
- 4) наличием солянокислого гематина**

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

- 1) острая язва
- 2) хроническая эрозия
- 3) множественные острые эрозии
- 4) хроническая рецидивирующая язва**

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1) хроническая рецидивирующая язва**
- 2) множественные острые эрозии
- 3) хроническая эрозия
- 4) острая язва

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- 1) 12-перстной кишке
- 2) толстой кишке
- 3) прямой кишке
- 4) желудке**

МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЮТ НАРУШЕНИЕ

- 1) кислотно-пептического равновесия**
- 2) эндокринной регуляции
- 3) нервной регуляции
- 4) слизистого барьера**
- 5) иммунных реакций

ОБЩИЕ ФАКТОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЮТ НАРУШЕНИЕ

- 1) кислотно-пептического равновесия
- 2) эндокринной регуляции**
- 3) нервной регуляции**
- 4) слизистого барьера
- 5) иммунных реакций

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

- 1) края мягкие, ровные**
- 2) края плотные, оmozолелые
- 3) дно темно-коричневого цвета**
- 4) локализация в любом отделе желудка**
- 5) расположена на малой кривизне желудка

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

- 1) локализация на малой кривизне и в привратнике**
- 2) расположена в любом отделе желудка
- 3) в дне — солянокислый гематин
- 4) края плотные, оmozолелые**
- 5) края мягкие, ровные

МАКРОСКОПИЧЕСКИ В ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ МОЖНО РАЗЛИЧИТЬ КРАЯ

- 1) **подрытый**
- 2) плотный
- 3) **пологий**
- 4) мягкий

ДНО ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОД РЕМИССИИ ПРЕДСТАВЛЕНО

- 1) мышечной тканью
- 2) серозной оболочкой
- 3) гнойно-некротическим экссудатом

4) **рубцовой тканью, покрытой эпителием**

В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ В ДНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА РАЗЛИЧАЮТ СЛОИ

- 1) серозный
- 2) **рубцовый**
- 3) мышечный
- 4) **грануляционной ткани**
- 5) **фибриноидного некроза**
- 6) **фибринозно-гнойного экссудата**

ГРУППЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1) токсические
- 2) инфекционные
- 3) **малигнизация**
- 4) **воспалительные**
- 5) **язвенно-рубцовые**
- 6) **язвенно-деструктивные**

СИНОНИМ ПЕРФОРАЦИИ

- 1) пенетрация
- 2) **прободение**
- 3) кровотечение
- 4) малигнизация

ЯЗВЕННО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

- 1) **пенетрация**
- 2) **перфорация**
- 3) **кровотечение**
- 4) малигнизация
- 5) **стеноз привратника**
- 6) **гастрит и перигастрит**

ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ МОЖЕТ ПЕНЕТРИРОВАТЬ В

- 1) почку
- 2) селезенку
- 3) **ободочную кишку**
- 4) **левую долю печени**
- 5) **поджелудочную железу**

ЯЗВЕННО-РУБЦОВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1) пенетрация
- 2) малигнизация
- 3) **стеноз привратника**
- 4) гастрит и перигастрит
- 5) **деформация луковицы 12-перстной кишки**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1) малигнизация
- 2) рубцовый стеноз
- 3) **гастрит и перигастрит**
- 4) хроническое воспаление
- 5) **дуоденит и перидуоденит**

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА

- 1) острая язва
- 2) **культя желудка**

- 3) хроническая язва
- 4) аденоматозный полип
- 5) множественные эрозии

6) хронический атрофический гастрит

МАЛИГНИЗАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ - ЭТО

- 1) некроз
- 2) атрофия
- 3) воспаление

4) озлокачествление

ПРЕДРАКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1) тяжелая дисплазия
- 2) гипертрофия
- 3) дистрофия
- 4) атрофия

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАКА ЖЕЛУДКА

- 1) скирр
- 2) саркома
- 3) фиброма
- 4) лейомиома
- 5) аденокарцинома

6) недифференцированный

ПО СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РАЗЛИЧАЮТ АДЕНОКАРЦИНОМУ

- 1) папиллярная
- 2) муцинозная
- 3) цистаденома
- 4) высокодифференцированная
- 5) низкодифференцированная
- 6) умеренно дифференцированная

РАК КРУКЕНБЕРГА - ЭТО МЕТАСТАЗ РАКА ЖЕЛУДКА В

- 1) печень
- 2) почки
- 3) яичники
- 4) параректальные лимфатические узлы
- 5) левый надключичный лимфатический узел

ВИРХОВСКАЯ ЖЕЛЕЗА - ЭТО МЕТАСТАЗ РАКА ЖЕЛУДКА В

- 1) печень
- 2) яичники
- 3) лимфатические узлы средостения
- 4) параректальные лимфатические узлы
- 5) левый надключичный лимфатический узел

ШНИЦЛЕРОВСКИЙ МЕТАСТАЗ - ЭТО МЕТАСТАЗ РАКА ЖЕЛУДКА В

- 1) левый надключичный лимфатический узел
- 2) регионарные лимфатические узлы
- 3) параректальную клетчатку
- 4) яичники
- 5) печень

ИМПЛАНТАЦИОННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЮТСЯ КАНЦЕРОМАТОЗОМ

- 1) легких
- 2) плевры
- 3) брюшины
- 4) перикарда
- 5) диафрагмы
- 6) головного мозга

БОЛЕЗНЬ КРОНА - ЭТО

- 1) гранулематозное заболевание тонкой и толстой кишки
- 2) злокачественная опухоль тонкого кишечника
- 3) фибринозное воспаление слепой кишки

4) фибринозное воспаление тонкой кишки

5) туберкулез нисходящей кишки

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

1) утолщение брыжейки

2) сужение просвета кишки

3) тусклая серозная оболочка

4) расширение просвета кишки

5) циркулярные язвенные поражения

6) перемежающиеся участки поражения

7) слизистая имеет вид "булыжной мостовой"

8) блестящая и полнокровная серозная оболочка

9) язвенные поражения, ориентированные по длиннику кишечника

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

1) гигантоклеточные гранулемы

2) абсцедирование крипт

3) метаплазия эпителия

4) прогрессирующая атрофия слизистой

5) нейтрофильная инфильтрация крипт

6) наличие фибринозной пленки

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ - ЭТО

1) язвенно-инфильтративное поражение толстой кишки

2) язвенно-пролиферативное поражение толстой кишки

3) некротизирующий энтероколит

4) гранулематозное заболевание

5) туберкулез толстой кишки

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

1) гиперемия серозной оболочки

2) гипертрофия слизистой

3) изъязвления слизистой

4) гиперемия слизистой

5) атрофия слизистой

6) утолщение стенки

7) псевдополипы

ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

1) абсцедированием крипт

2) гранулемами в подслизистом слое

3) "скачущими" изъязвлениями слизистой

4) непрерывными изъязвлениями слизистой

5) воспалительным мононуклеарным инфильтратом

АППЕНДИЦИТ - ЭТО

1) брыжеечный лимфаденит

2) туберкулезное поражение аппендикса

3) острое воспаление правой маточной трубы

4) воспаление червеобразного отростка с характерным клиническим синдромом

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

1) гранулематозный

2) рецидивирующий

3) поверхностный

4) флегмонозный

5) первичный

6) простой

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

1) гранулематозный

2) апостематозный

3) поверхностный

4) флегмонозный

5) гангренозный

6) простой

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

1) эрозивный

2) гангренозный

3) геморрагический

4) флегмонозно-язвенный

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ПРОСТОГО АППЕНДИЦИТА

1) фокусы гнойного воспаления в слизистой

2) изъязвления слизистой оболочки

3) катаральное воспаление

4) крупозное воспаление

5) полнокровие сосудов

ПРИ ФЛЕГМОНОЗНОМ АППЕНДИЦИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ

1) дифтеритическое

2) геморрагическое

3) фибринозное

4) гнилостное

5) крупозное

6) гнойное

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФЛЕГМОНОЗНО-ЯЗВЕННОГО АППЕНДИЦИТА

1) гиперемия сосудов

2) изъязвление слизистой оболочки

3) инфильтрация лейкоцитами всех слоев стенки

4) инфильтрация лейкоцитами только слизистой оболочки

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АППЕНДИЦИТА

1) атрофия всех слоев

2) изъязвления слизистой

3) катаральное воспаление

4) склероз стенки отростка

5) некроз мышечной оболочки

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

1) самоампутация отростка

2) перфорация стенки

3) кровотечение

4) цистаденома

5) мукоцеле

ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ АППЕНДИКСА НА ФОНЕ ДИФFUЗНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СТЕНОК ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МЕЛКИЕ ИНТРАМУРАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ. ЭТО АППЕНДИЦИТ

1) флегмонозно-язвенный

2) апостематозный

3) хронический

4) катаральный

5) гнилостный

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) гемосидерозом

2) липофуцинозом

3) жировой дистрофией гепатоцитов

4) баллонной дистрофией гепатоцитов

5) гидропической дистрофией гепатоцитов

КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ИНФИЛЬТРАТА ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

1) многоядерные гигантские клетки

2) плазматические клетки

3) фибробласты

4) лимфоциты

5) лейкоциты

6) макрофаги

ВИДЫ НЕКРОЗА ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

- 1) жировой
- 2) казеозный
- 3) гангренозный
- 4) фибриноидный
- 5) коагуляционный**
- 6) колликвационный**

ИСХОД ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

- 1) постнекротический цирроз печени
- 2) формирование носительства
- 3) портальный цирроз печени
- 4) хронический гепатит
- 5) выздоровление**

ПОЯВЛЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТА В ТКАНИ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) регенерация
- 2) дистрофия
- 3) гепатома
- 4) гепатит**
- 5) цирроз

ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ КОЖИ, СКЛЕР, СЕРОЗНЫХ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В СВЯЗИ С УВЕЛИЧЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) витилиго
- 2) меланоз
- 3) желтуха**
- 4) цианоз
- 5) невус

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) узлы-регенераты**
- 2) пролиферация клеток Ито
- 3) нарушенная архитектура органа**
- 4) мостовидные фиброзные септы**
- 5) измененная сосудистая сеть органа**

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

- 1) нарастающая печеночно-клеточная недостаточность**
- 2) осложнения портальной гипертензии**
- 3) тромбоэмболия легочной артерии
- 4) генерализованная инфекция**

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ

- 1) асцитом**
- 2) застойной спленомегалией**
- 3) кровотечением из вен пищевода**
- 4) кровоизлиянием в головной мозг
- 5) расширением вен передней брюшной стенки**

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) низкой смертностью**
- 2) развитием цирроза печени
- 3) фекально-оральным путем передачи**
- 4) развитием пожизненного иммунитета**
- 5) доброкачественным циклическим течением**

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) длительной персистенцией вируса в организме**
- 2) фекально-оральным путем передачи
- 3) парентеральным путем передачи**
- 4) вертикальным путем передачи**
- 5) формированием носительства**

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **высокой частотой хронизации**
- 2) **парентеральным путем передачи**
- 3) **нетяжелым клиническим течением**
- 4) **отсутствием эффективного иммунитета**
- 5) **низкой частотой развития цирроза печени**

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА D

- 1) **низкая частота хронизации**
- 2) **часто встречается у гомосексуалистов**
- 3) **часто встречается у больных гемофилией**
- 4) **трансформирует гепатит В в фульминантную форму**
- 5) **часто развивается печеночно-клеточная карцинома**

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) **множество округлых очагов в паренхиме**
- 2) **увеличение размеров органа**
- 3) **мягкая консистенция**
- 4) **гладкая поверхность**
- 5) **желтый цвет**

БОЛЬНОЙ М., 60 ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ 30 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНЬ ПЛОТНАЯ, ПОВЕРХНОСТЬ БУГРИСТАЯ. НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ РАСШИРЕННЫ ВЕНЫ, ПАЛЬПИРУЕТСЯ СЕЛЕЗЕНКА. В БИОПТАТЕ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- 1) **широкие септы со сближенными триадами**
- 2) **макровезикулярный стеатоз гепатоцитов**
- 3) **мономорфные мелкие узлы-регенераты**
- 4) **лейкоцитарный инфильтрат в строме**
- 5) **тельца Маллори в гепатоцитах**

ПЕЧЕНОЧНАЯ ДОЛЬКА ИМЕЕТ ВИД

- 1) **четыреугольника**
- 2) **пятиугольника**
- 3) **шестиугольника**
- 4) **восьмиугольника**

МЕЖДУ РЯДАМИ ГЕПАТОЦИТОВ НАХОДЯТСЯ

- 1) **портальные вены**
- 2) **печеночные артерии**
- 3) **желчные капилляры**

ОДНА СТОРОНА ГЕПАТОЦИТА ОБРАЩЕНА К ПРОСВЕТУ ЖЕЛЧНОГО КАПИЛЛЯРА, А ДРУГАЯ - К

- 1) **печеночной артерии**
- 3) **печеночной вене**
- 2) **центральной вене**
- 4) **синусоиду**

В СОСТАВ ПОРТАЛЬНОГО ТРАКТА ВХОДЯТ

- 1) **синусоид**
- 2) **ветвь воротной вены**
- 3) **ветвь печеночной вены**
- 4) **ветвь печеночной артерии**
- 5) **лимфатический сосуд**
- 6) **соединительная ткань**

ПЕЧЕНЬ ПОЛУЧАЕТ КРОВЬ ИЗ

- 1) **аорты**
- 2) **портальной вены**
- 3) **нижней поллой вены**
- 4) **верхней поллой вены**

ОТ ПЕЧЕНИ КРОВЬ ОТТЕКАЕТ В ВЕНЫ

- 1) **портальную**
- 2) **печеночные**
- 3) **верхнюю полую**

ВАЖНЕЙШИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

- 1) участие в обмене белков
- 2) участие в обмене жиров
- 3) фильтрация плазмы крови
- 4) участие в обмене углеводов
- 5) детоксикация химических веществ
- 6) гемопоэз
- 7) депо инсулина
- 8) секреция желчи
- 9) синтез альбумина
- 10) синтез фибриногена

ДЕТОКСИКАЦИИ В ПЕЧЕНИ ПОДВЕРГАЮТСЯ

- 1) промышленные токсины
- 2) креатинин и мочевины
- 3) пищевые метаболиты
- 4) гастрин и секретин
- 5) бытовые токсины

ВНЕПЕЧЕНОЧНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1) гепатиту
- 2) восходящему холангиту
- 3) жировой дистрофии печени
- 4) первичному билиарному циррозу
- 5) вторичному билиарному циррозу

АЛИПОТРОПНОЕ ОЖИРЕНИЕ ПЕЧЕНИ СВЯЗАНО С ОТСУТСТВИЕМ В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ

- 1) железа
- 2) жиров и углеводов
- 3) растительной пищи
- 4) незаменимых аминокислот

ЧАЩЕ ВСЕГО В ПЕЧЕНИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ОПУХОЛИ

- 1) гепатоцеллюлярные
- 2) холангиоцеллюлярные
- 3) вторичные метастатические
- 4) гепатохолангиоцеллюлярные

ВАЖНЕЙШИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) анемия
- 2) желтуха
- 3) гипокоагуляция
- 4) гиперлипидемия
- 5) гипострогенемия

ВАЖНЕЙШИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) портальная гипертензия
- 2) гиперхолестеринемия
- 3) гипербилирубинемия
- 4) гиперэстрогенемия
- 5) тромбоцитоз

КОМПОНЕНТЫ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) асцит
- 2) желтуха
- 3) спленомегалия
- 4) кава-кавальные шунты
- 5) порто-кавальные шунты
- 6) хроническая печеночная недостаточность

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ "ОТВЕТА" ПЕЧЕНИ НА ДЕЙСТВИЕ ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ФАКТОРА

- 1) некроз гепатоцитов
- 2) апоптоз гепатоцитов
- 3) регенерация гепатоцитов

- 4) воспалительная инфильтрация
- 5) жировая дистрофия гепатоцитов
- 6) белковая дистрофия гепатоцитов
- 7) разрастание соединительной ткани

ЧАСТИЧНАЯ ГЕПАТЭКТОМИЯ СТИМУЛИРУЕТ

- 1) некроз гепатоцитов
- 2) апоптоз гепатоцитов
- 3) регенерацию гепатоцитов
- 4) жировую дистрофию гепатоцитов
- 5) белковую дистрофию гепатоцитов

ВИДЫ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ЛИПИДНЫХ ВАКУОЛЕЙ

- 1) смешанно-капельный
- 2) крупнокапельный
- 3) среднекапельный
- 4) мелкокапельный

СИНОНИМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А - БОЛЕЗНЬ

- 1) Рустицкого—Калера
- 2) Сокольского—Буйо
- 3) Вильсона
- 4) Боткина

ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А

- 1) контактный
- 2) парентеральный
- 3) фекально-оральный
- 4) воздушно-капельный

ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

- 1) контактный
- 2) парентеральный
- 3) фекально-оральный
- 4) воздушно-капельный

ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

- 1) контактный
- 2) парентеральный
- 3) фекально-оральный
- 4) воздушно-капельный

ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ Д

- 1) контактный
- 2) парентеральный
- 3) фекально-оральный
- 4) воздушно-капельный

ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ Е

- 1) контактный
- 2) парентеральный
- 3) фекально-оральный
- 4) воздушно-капельный

ПРИ ГИДРОПИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ ЦИТОПЛАЗМА ГЕПАТОЦИТА ПОДВЕРГАЕТСЯ

- 1) набуханию
- 2) сморщиванию
- 3) глыбчатому распаду

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ ПЕЧЕНЬ ПРИОБРЕТАЕТ ЦВЕТ

- 1) серый
- 2) желтый
- 3) зеленый
- 4) коричневым

В ИСХОДЕ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ ГЕПАТИТА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

- 1) мелкоузловой
- 2) крупноузловой

3) неполный септальный

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

- 1) **вирусный**
- 2) билиарный
- 3) портальный
- 4) **лекарственный**
- 5) **наследственный**
- 6) **аутоиммунный**
- 7) **криптогенный**
- 8) застойный

СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) клеточным составом инфильтрата
- 2) локализацией инфильтрата
- 3) размерами очагов некроза
- 4) **степенью фиброза**

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ РАКА ПЕЧЕНИ

- 1) плоскоклеточный
- 2) **трабекулярный**
- 3) **тубулярный**
- 4) **ацинарный**

ВАРИАНТЫ АЛКОГОЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

- 1) пелиоз
- 2) **цирроз**
- 3) **стеатоз**
- 4) аденоматоз
- 5) **острый гепатит**

ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОЗЕ В ГЕПАТОЦИТАХ НАКАПЛИВАЮТСЯ

- 1) белки
- 2) **жиры**
- 3) углеводы

ЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЬШЕМУ РИСКУ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОДВЕРГАЮТСЯ

- 1) мужчины
- 2) **женщины**

3) Рассмотреть, описать и зарисовать макро и микропрепараты:

Макропрепараты:

Острая язва желудка - найти дефект слизистой оболочки, определить его локализацию, форму, размеры, глубину, цвет дна.

Хроническая язва желудка - обратить внимание на форму, размеры, глубину, состояние краев и дна язвы; отметить, какой край обращен и пищеводу, а какой - к привратнику.

Рак желудка - определить по макроскопической картине форму рака желудка, обратить внимание на состояние окружающей ткани и глубину прорастания опухоли. Флегмонозный аппендицит - обратить внимание на величину отростка, состояние серозной оболочки (внешний вид, степень кровенаполнения, характер налета), толщину и вид стенки на разрезе, характер содержимого в просвете.

Жировой гепатоз печени - Обратить внимание на размеры печени, консистенцию и цвет ее с поверхности и на разрезе.

Цирроз печени - определить размеры, вид и цвет органа с поверхности и на разрезе, отметить примерную величину узлов-регенератов и прослоек соединительной ткани между ними.

Микропрепараты.

Хроническая язва желудка - определить глубину дефекта, состояние стенки желудка в области дна и краев язвы, изменения в сосудах и нервах, характер перестройки слизистой оболочки вблизи язвы. В дне язвы найти послойные изменения, характеризующие длительное заживление, а также обострение процесса.

Флегмонозный аппендицит - обратить внимание на характер воспалительных изменений во всех слоях отростка и брыжейке, определить степень сохранения слизистой оболочки.

Массивный некроз печени - отметить состояние паренхимы и стромы (синусоиды, клетки Купфера) в центре и на периферии печеночных долек.

Острый вирусный гепатит - обратить внимание на состояние гепатоцитов (наличие дистрофии, некрозов),

отметить характер и локализацию воспалительного инфильтрата.

Цирроз печени - найти морфологические признаки, характерные для цирроза печени; обратить внимание на толщину септ, выраженность и характер дистрофических и некротических изменений гепатоцитов, степень выраженности и клеточный состав воспалительной инфильтрации.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.3. Патологическая анатомия болезней органов кровообращения.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить морфологию основных заболеваний системы крови, разобраться в сущности процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфомах. Отметить цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкемических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных.

Задачи: Рассмотреть сущность процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических

лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфогранулоцитозы, алейкии, острые и хронические лейкозы, неходжкинские злокачественные лимфомы, анемии. Обучить различать по морфологической картине цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкоэмических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам.

Обучающийся должен знать:

3. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
4. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией системы крови.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Нозология: определение, предмет
2. Гемолитические анемии: определение, причины возникновения, морфологическая характеристика
3. Постгеморрагические анемии: определение, виды, причины возникновения, морфологическая характеристика
4. Анемии, вследствие нарушения продукции эритроцитов: определение, причины возникновения, морфологическая характеристика
5. Тромбоцитопении, тромбоцитопатии: определение, причины возникновения, морфологические и клинические проявления
6. Лейкозы: определение, виды, морфологическая характеристика, основные клинические проявления
7. Опухоли миелоидной ткани: классификация, морфологическая характеристика
8. Опухоли лимфоидной ткани: классификация, морфологическая характеристика

2) Дебрифинг по изучаемому материалу.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Темы НИР:

1. «Морфологическая характеристика паренхиматозных органов при хроническом венозном полнокровии».
2. «Лимфомы – регионарные опухолевые заболевания кроветворной и лимфатической ткани».
3. «ИГХ-исследования в диагностике злокачественных опухолей кроветворной ткани».

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

3) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

1. ПРИЧИНЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ:
 - 1) кровотечение;
 - 2) ионизирующее излучение;
 - 3) сердечная недостаточность;
 - 4) сепсис, малярия;
 - 5) гемосидероз печени;
- Правильный ответ: 4

2. СНИЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ НИЖЕ НОРМЫ - ЭТО:

- 1) анемия;
- 2) гемоглобинопатия;
- 3) ишемия;
- 4) гемолиз;
- 5) гипостаз;

Правильный ответ: 1

3. УЧЕНИЕ О МЕХАНИЗМАХ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ:

- 1) этиология;
- 2) патогенез;
- 3) саногенез;
- 4) танатогенез;
- 5) морфогенез;

Правильный ответ: 3

4. ГЕМОСИДЕРОЗ И ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ:

- 1) анемии вследствие снижения гемолиза;
- 2) анемии вследствие снижения продукции эритроцитов;
- 3) анемии вследствие кровотечения;
- 4) анемии вследствие усиления гемолиза;
- 5) анемии вследствие усиления продукции эритроцитов;

Правильный ответ: 4

5. ПАТОМОРФОЗ - ЭТО:

- 1) патологические процессы, являющиеся результатом медицинского вмешательства;
- 2) патоморфология болезни;
- 3) патологическое изменение морфологии;
- 4) морфологические и клинические проявления болезней;
- 5) учение об изменчивости болезней под влиянием различных факторов;

Правильный ответ: 5

6. ОЧАГИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ, ГИПЕРПАЗИЯ КОСТНОГО МОЗГА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

- 1) лимфомах;
- 2) анемии вследствие усиления продукции эритроцитов;
- 3) эритроцитозах;
- 4) хронической постгеморрагической анемии;
- 5) острой постгеморрагической анемии;

Правильный ответ: 4

7. ДЕФИЦИТ ФОЛАТА И ВИТАМИНА В12, ИЗМЕНЕНИЕ ЭРИТРОПОЭЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) апластических анемий;
- 2) железодефицитных анемий;
- 3) анемии вследствие кровотечения;
- 4) мегалобластных анемий;
- 5) гемолитической анемии;

Правильный ответ: 4

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПЕРВИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА:

- 1) лимфатические узлы шеи и средостения;
- 2) костный мозг;
- 3) селезенка;
- 4) паховые лимфатические узлы;
- 5) лимфатические узлы брюшной полости;

Правильный ответ: 1

9. УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА И КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ, НЕ СВЯЗАННОЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ:

- 1) гемоглобинемия;
- 2) гемоглобиноцитоз;
- 3) эритроцитоз;
- 4) гемобластоз;
- 5) гемоцитоз;

Правильный ответ: 3

10. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ И ЛИМФОИДНОЙ ТКАНЕЙ - ЭТО:

- 1) эритроцитозы;
- 2) гемоглобинопатии;
- 3) талассемии;
- 4) гемобластозы;
- 5) тромбоцитопатии;

Правильный ответ: 4

11. ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ КЛЕТОК НЕПОСРЕДСТВЕННО В КОСТНОМ МОЗГЕ:

- 1) лейкозы;
- 2) гемохроматозы;
- 3) тромбоцитопатии;
- 4) лимфобластозы;
- 5) анемии;

Правильный ответ: 1

12. МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ИЗ МАЛИГНИЗИРОВАННОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ КЛЕТКИ:

- 1) лимфаденопатии;
- 2) анемии;
- 3) лимфомы;
- 4) лейкопении;
- 5) гистиоцитозы;

Правильный ответ: 3

13. КЛОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОПОЭЗА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ЦИТОПЕНИЕЙ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ДИСПЛАЗИЕЙ КОСТНОГО МОЗГА - ЭТО:

- 1) миелопролиферативные заболевания;
- 2) миелодиспластические синдромы;
- 3) хронический лейкоз;
- 4) истинная полицитемия;
- 5) миелофиброз;

Правильный ответ: 2

14. ГИПЕРПЛАЗИЯ КОСТНОГО МОЗГА, ГУБЧАТЫХ, ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, КОСТНЫЙ МОЗГ СЕРО-КРАСНЫЙ ИЛИ "ПИОИДНЫЙ" ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ:

- 1) миелодиспластических синдромах;
- 2) миелофиброзе;
- 3) хроническом миелолейкозе;
- 4) болезни Ходжкина;
- 5) острой анемии;

Правильный ответ: 3

15. ОПУХОЛИ МИЕЛОИДНОГО РОСТКА КОСТНОГО МОЗГА, СОСТОЯЩИЕ ИЗ КЛЕТОК-ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ МИЕЛОПОЭЗА - ЭТО:

- 1) миелодиспластические синдромы;

- 2) миелопролиферативные заболевания;
 - 3) болезни Ходжкина;
 - 4) лимфомы;
 - 5) миелофиброз;
- Правильный ответ: 2

16. АТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ, ПОЛИРОВАННЫЙ ЯЗЫК, ГЕМОСИДЕРОЗ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ - ЭТО СИМПТОМЫ:

- 1) пернициозной анемии;
 - 2) лимфомы;
 - 3) анемии вследствие кровотечения;
 - 4) лейкоза;
 - 5) миелофиброза;
- Правильный ответ: 1

17. В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ ЛЕЙКОЗОВ ПОЛОЖЕН:

- 1) клиничко-анатомический принцип;
 - 2) анатомический принцип;
 - 3) гисто(цито)генетический принцип;
 - 4) этиологический принцип;
 - 5) патогенетический принцип;
- Правильный ответ: 3

18. ЛЕЙКОЗЫ ПО ЦИТОГЕНЕЗУ:

- 1) злокачественные доброкачественные;
 - 2) острые и хронические;
 - 3) сублейкемические, алейкемические;
 - 4) эритроидные и лейкоидные;
 - 5) миелоидные и лимфоидные;
- Правильный ответ: 5

19. К ОРГАНАМ КРОВЕТВОРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

- 1) кожа;
 - 2) головной мозг;
 - 3) костная ткань;
 - 4) костный мозг;
 - 5) кровь;
- Правильный ответ: 4

20. ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- 1) метаплазия;
 - 2) дисплазия;
 - 3) малигнизация;
 - 4) эрозия;
 - 5) атрофия;
- Правильный ответ: 5

21. НОЗОЛОГИЯ - ЭТО УЧЕНИЕ:

- 1) о причинах смерти;
 - 2) о теории диагноза;
 - 3) о частной патологии;
 - 4) о болезни и группах болезней;
 - 5) о приспособлении и компенсации;
- Правильный ответ: 4

22. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА - ЭТО:

- 1) ксантомные клетки;

- 2) гигантские клетки Пирогова-Лангханса;
 - 3) клетки Рида-Штернберга;
 - 4) клетки Микулича;
 - 5) лимфобласты;
- Правильный ответ: 3

23. ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА СЕЛЕЗЕНКУ НАЗЫВАЮТ:

- 1) порфировой;
- 2) вишневой;
- 3) сальной;
- 4) саговой;
- 5) глазурной;

Правильный ответ: 1

24. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕЙКОЗА:

- 1) гемолиз;
- 2) бластный криз;
- 3) желтуха;
- 4) протеинурия;
- 5) гемосидероз;

Правильный ответ: 2

4) Решить ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1

Больной А., 44 лет, обратился к врачу с жалобами на нарастающую слабость, частые головокружения, одышку. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, периодически стул черного цвета. При обследовании обнаружено незначительное увеличение печени.

Вопросы к ситуационной задаче № 1

1. О каком осложнении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки можно думать, и какие показатели периферической крови нужно исследовать?
2. Назовите характерные для данного вида анемии изменения периферической крови.
3. Назовите морфологические особенности эритроцитов, характерные для данного вида анемии.
4. Укажите вероятную причину изменений печени у данного больного.
5. В каких еще органах могут быть изменения, обусловленные анемией? Объясните причину их возникновения.

Ситуационная задача № 2

Больная З., 72 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли и жжение в языке, отвращение к пище, нарушения стула, нарушение чувствительности в конечностях, утомляемость. Из анамнеза известно, что несколько лет назад больной была произведена субтотальная резекция желудка по поводу рака. В анализе крови признаки анемии.

Вопросы к ситуационной задаче № 2

1. Какой вариант анемии мог возникнуть у данной больной? Назовите предрасполагающие факторы, вероятный механизм развития анемии.
2. Какие изменения в анализе крови позволят уточнить диагноз анемии? Перечислите особенности состояния костного мозга и периферической крови.
3. Какие еще диагностические тесты могут подтвердить развитие данного варианта анемии?
4. Объясните причины и механизмы развития клинических симптомов.
5. Принципы лечения анемии у этой больной.

Ситуационная задача № 3

Больной И., 40 лет, поступил в клинику С жалобами на бледность кожных покровов, одышку, слабость, головокружение, частые носовые кровотечения и петехии, за последний год несколько раз болел пневмонией. Из анамнеза известно, что пациент длительное время работал на атомной электростанции, участвовал в ликвидации аварий на АЭС.

Вопросы к ситуационной задаче № 3

1. Какое заболевание *может* быть причиной клинических симптомов? Дайте его определение и назовите главный признак.
2. Что *могло* спровоцировать данное заболевание?
3. Перечислите возможные изменения костного мозга.
4. Перечислите изменения периферической крови.
5. Объясните механизмы развития клинических симптомов.
6. Каким *может* быть лечение?

Ситуационная задача № 4

Б о л ь н а я А., 68 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость, лихорадку, головную боль, носовые кровотечения. При обследовании выявлена гепато- и спленомегалия, в анализе периферической крови: количество эритроцитов - $3,4 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин - 105 г/л; лейкоциты - $38,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 11×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: бласты - 86 %; палочкоядерные нейтрофилы - 1 %; сегментоядерные нейтрофилы - 1 %; лимфоциты - 1 %. Проводилась химиотерапия, но, несмотря на лечение, больная скончалась при наличии признаков кровоизлияния в головной мозг.

Вопросы к ситуационной задаче № 4

1. О каком заболевании следует думать в данной ситуации? Назовите основные критерии для постановки диагноза.
2. Какие дополнительные цитохимические реакции необходимо использовать для уточнения гистогенеза лейкоза?
3. Объясните причину клинических симптомов: слабости, носовых кровотечений, гепато- и спленомегалии.
4. Какие изменения могут стать причиной головной боли, каким образом можно уточнить диагноз?
5. Назовите вероятные причины развития кровоизлияния в головной мозг.

Ситуационная задача № 5

Больная И., 47 лет, обратилась к врачу с жалобами на бледность, нарастающую слабость, периодические боли в костях, тяжесть в области левого подреберья, повторяющиеся пневмонии. При обследовании выявлена гепатоспленомегалия, в анализе периферической крови: количество эритроцитов $3,41 \times 10^{12}$ /л; лейкоцитов - $41,1 \times 10^9$ /л, НЬ - 78 г/л; тромбоцитов - 435×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: бласты - 8%, миелоциты - 28%, метамиелоциты - 10%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, базофилы - 5%, эозинофилы - 1%, моноциты - 4%, лимфоциты - 9%.

Вопросы к ситуационной задаче № 5

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании клинической картины и данных периферической крови? Каковы отличия от лейкомоидных реакций?
2. Назовите характерные изменения костного мозга, позволяющие уточнить диагноз и стадию заболевания.
3. Назовите генетические изменения, являющиеся маркером опухолевого клона при данном заболевании.
4. Перечислите стадии течения данного заболевания. Назовите основные диагностические критерии.
5. Объясните причину гепато- и спленомегалии.
6. Объясните причину рецидивирующей пневмонии.

Ситуационная задача № 6

Больной К., 67 лет, обратился с жалобами на слабость, снижение массы тела. Чувство тяжести в левом и правом подреберьях. При обследовании обнаружена гепатоспленомегалия, в периферической крови количество эритроцитов $2,7 \times 10^{12}$ /л; НЬ - 81 г/л, лейкоциты - $56,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 226×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: бласты - 48%, промиелоциты - 3%, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, базофилы - 9%.

Вопросы к ситуационной задаче № 6

1. Какое заболевание можно диагностировать на основании клинической картины и показателей анализа крови?
2. Назовите стадию заболевания, дайте ее определение и основные диагностические критерии.
3. Опишите изменения костного мозга и печени при данном заболевании.
4. Принципы лечения лейкозов.

Ситуационная задача № 7

Больная К., 67 лет, поступила в больницу ПО ПОВОДУ не поддающейся амбулаторному лечению пневмонии после ПОВТОРНЫХ ОРВИ. При обследовании выявлено увеличение печени, селезенки, шейных и парааортальных лимфатических узлов. Анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}$ /л; Hb105 г/л; лейкоциты - $77,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 212×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные нейтрофилы - 12%; пролимфоциты - 3%; лимфоциты - 83%.

Вопросы к ситуационной задаче № 7

1. Какое заболевание можно заподозрить у пациентки? Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?
2. Объясните причину увеличения лимфатических узлов, укажите их макроскопические особенности. С какими заболеваниями требуется проводить дифференциальный диагноз? Назовите диагностические критерии.
3. Объясните причину гепато- и спленомегалии, какие изменения печени позволяют подтвердить диагноз.
4. Объясните причину предрасположенности больной к вирусным и бактериальным инфекциям.

Ситуационная задача № 8

Больной П., 49 лет, поступил в клинику в связи с резкой болью в позвоночнике, возникшей при резком наклоне туловища. Из анамнеза известно, что последнее время нарастала слабость, утомляемость, периодически появлялась боль в позвоночнике. В общем анализе крови отмечается увеличение СОЭ до 70 мм/ч. в биохимическом анализе крови повышен уровень креатинина. В общем анализе мочи выявлена протеинурия.

Вопросы к ситуационной задаче № 8

1. Какие нужны исследования для проведения дифференциального диагноза?
2. Объясните причину болей в костях и частых патологических переломов при диагностированном заболевании.
3. Назовите критерии, позволяющие поставить правильный диагноз.
4. Укажите причины протеинурии и повышения уровня креатинина.

Ситуационная задача № 9

Больной Л., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на снижение массы тела, кожный зуд, увеличение шейных лимфатических узлов. При обследовании обнаружено увеличение шейных узлов только с одной стороны, другие группы лимфатических узлов и селезенка - без особенностей. В анализе крови признаки анемии, небольшой лейкоцитоз, лимфоцитопения, эозинофилия. СОЭ 25 мм/ч.

Вопросы к ситуационной задаче № 9

1. Перечислите вероятные причины увеличения лимфатических узлов.
2. Каким методом нужно воспользоваться для установления диагноза?
3. При гистологическом исследовании лимфатического узла обнаружены клетки Рид-Штернберга. О каком заболевании можно думать? Перечислите, какие еще изменения можно обнаружить при гистологическом исследовании.
4. Какая стадия заболевания диагностирована в данном случае?
5. Прогноз и принципы лечения данного заболевания.

5) Разбор макро- и микропрепаратов.

Обязательные макро и микропрепараты:

1. Изучить изменения костного мозга плоских и трубчатых костей при хронической постгеморрагической анемии по макроскопической картине. Описать макропрепарат "**Костный мозг при анемии**". Обратить внимание на цвет и вид костного мозга плоских костей и диафизов трубчатых костей.
2. Изучить макропрепарат - **Селезенка при миелолейкозе**. Описать макропрепарат. Обратить внимание на цвет и вид дефектов.
3. Изучить макропрепарат - **Некротическая ангина при агранулоцитозе**. Описать макропрепарат. Обратить внимание на цвет и вид дефектов.

Микропрепараты:

1. **Апластический костный мозг**. (окраска гематоксилином и эозином);
2. **Костный мозг при миелолейкозе**. (окраска азуром II – эозином);
3. **Лимфатический узел при лимфоме Ходжкина** (смешанноклеточный вариант).

Рекомендуемая литература:**Основная литература:**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.**Тема 3.4. Патологическая анатомия болезней почек и мочевыводящих путей.**

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить общую характеристику и классификацию болезней почек, этиологию и патогенез гломерулопатий, тубулопатий, морфологическую характеристику, осложнения и их исходы. Знать морфологическую характеристику приобретенных и наследственных гломеруло- и тубулопатий. Дать понятие о пиелонефрите, хронической почечной недостаточности.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия ревматических заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

5. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
6. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией почек.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Острый постинфекционный гломерулонефрит. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
2. Гломерулонефрит с полулуниями (быстро прогрессирующий) Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
3. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит. Определение. Этиология. Морфологическая характеристика. Осложнения
4. Диффузный фибропластический гломерулонефрит. Определение. Этиология. Морфологическая характеристика. Осложнения
5. Болезнь минимальных изменений. Определение. Этиология. Морфологическая характеристика. Осложнения
6. Мембранозная гломерулопатия. Определение. Этиология. Морфологическая характеристика. Осложнения
7. Фокальный сегментарный гломерулярный склероз (гиалиноз). Определение. Этиология. Морфологическая характеристика. Осложнения

2) Тематика НИР: «Современная клинико-морфологическая классификация болезней почек. Значение биопсии почек в их изучении».

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕМ

- 1) канальцев
- 3) почечных лоханок
- 2) интерстиция

4) почечных клубочков

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

- 1) отек стромы
- 2) пролиферация мезангиоцитов
- 3) склероз и гиалиноз базальной мембраны
- 4) исчезновение ножек отростков подоцитов**
- 5) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами

ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЬШИНСТВА ФОРМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) иммунные комплексы in situ**
- 2) циркулирующие иммунные комплексы

НЕФРИТОГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ

- 1) золотистый стафилококк
- 2) бета-гемолитический стрептококк группы А**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) субэпителиальные депозиты**
- 2) потеря отростков ножек подоцитов
- 3) пролиферация мезангиальных клеток**
- 4) нейтрофилы в просветах капиллярных петель**
- 5) пролиферация и набухание эндотелиальных клеток**
- 6) выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация капиллярных петель

АНТИГЕНАМИ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫСТУПАЮТ

- 1) базальные мембраны канальцев

2) гломерулярные базальные мембраны

3) поврежденные париетальные эпителиальные клетки

4) поврежденные стрептококковым ферментом иммуноглобулины

ОБЛИТЕРАЦИИ ПРОСВЕТОВ КАПИЛЛЯРОВ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СПОСОБСТВУЮТ

1) депозиты фибрина

2) гиалиновые тромбы

3) эритроцитарные цилиндры

4) лейкоцитарная инфильтрация

5) пролиферация и набухание клеток эндотелия

ОСТРЫЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ

1) быстро прогрессирующий

2) нестрептококковый острый

3) мембранопротролиферативный

4) острый постстрептококковый

5) фокальный пролиферативный и некротизирующий

ВАРИАНТЫ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

1) идиопатический

2) постинфекционный

3) при паразитарных инфекциях

4) при системных заболеваниях

ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) удвоением ГБМ

2) формированием полулуний

3) развитием гиперклеточности клубочков

ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОЧКИ

1) плотные

2) с сальным блеском

3) увеличены в размерах

4) бледные с петехиальными кровоизлияниями на поверхности

ПОЛУЛУНИЯ ПРИ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБРАЗУЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1) набухания эндотелиальных клеток

2) миграции моноцитов и макрофагов

3) пролиферации париетальных клеток

4) пролиферации мезангиальных клеток

ПОЛУЛУНИЯ ПРИ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СО ВРЕМЕНЕМ ПОДВЕРГАЮТСЯ

1) атрофии

2) склерозу

3) рассасыванию

К ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ ОТНОСЯТ

1) лобулярный

2) быстро прогрессирующий

3) острый пролиферативный

4) мембранопротролиферативный

ПРИ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ КЛУБОЧКИ

1) изменены

2) не изменены

СИНОНИМ БОЛЕЗНИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ -НЕФРОЗ

1) некротический

2) желтушный

3) липоидный

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФОКАЛЬНОГО СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА

1) благоприятный прогноз

2) неселективная гематурия и гипертензия

3) хороший ответ на кортикостероидную терапию

4) развитие в финале хронического гломерулонефрита

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ФОКАЛЬНОГО СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА

1) гиперфилтрация

2) атрофия клубочков

3) липидные нарушения

4) гипертрофия клубочков

5) гемодинамические нарушения

6) нарушение клубочковой проницаемости

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ФОКАЛЬНОГО СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА

1) концевой

2) клеточный

3) мембранозная нефропатия

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОКАЛЬНОГО СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА

1) гиперклеточность клубочков

2) склероз сегментов клубочков

3) накопление гиалиновых масс

4) увеличение мезангиального матрикса

5) коллапс капиллярных петель клубочков

6) диффузное утолщение базальных мембран капилляров клубочков

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛУБОЧКОВ ПРИ МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

1) дольчатый вид

2) крупные размеры

3) многоклеточность

4) наличие эпитиальных полулуний

5) расширение мезангиального матрикса

6) липидные капли в мезангиальном матриксе

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

1) увеличены

2) симметрично сморщены

3) мелкозернистая поверхность

4) истончение коркового вещества

5) отложение жировой ткани вокруг лоханок

К ВНЕПОЧЕЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОТНОСЯТ УРЕМИЧЕСКИЙ

1) гепатит

2) тиреоидит

3) пневмонит

4) перикардит

5) гастроэнтерит

ПРИ НЕКРОЗЕ ИЗВИТЫХ КАНАЛЬЦЕВ СМЕРТЬ БОЛЬНОГО МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ОТ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) острой

2) подострой

3) хронической

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК ПРИ АМИЛОИДОЗЕ

1) белый цвет

2) уменьшены

3) слегка увеличены

4) гладкая поверхность

5) ломкая консистенция

6) резко растянутые чашечки и лоханки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК

1) первичный

- 2) старческий
- 3) вторичный**
- 4) локальный

ЭЛЕКТИВНАЯ ОКРАСКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МАСС АМИЛОИДА

- 1) судан III
- 2) фукселин
- 3) пикрофуксин
- 4) конго красный**

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА В СЕКЦИОННОМ ЗАЛЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) теллурид калия
- 2) соли тетразолия
- 3) раствор Люголя**
- 4) 10% серная кислота**

СТАДИИ ОСТРОГО НЕКРОЗА КАНАЛЬЦЕВ ПОЧКИ

- 1) основная**
- 2) начальная**
- 3) уремическая
- 4) выздоровления**
- 5) нефротическая

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО НЕКРОЗА КАНАЛЬЦЕВ ПОЧКИ

- 1) устойчивая олигурия**
- 2) выраженная протеинурия
- 3) рецидивирующая микро- и макрогематурия

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА

- 1) атрофия канальцев
- 2) интерстициальный отек**
- 3) интерстициальный фиброз
- 4) фокальный некроз канальцев**
- 5) лейкоцитарная инфильтрация**
- 6) мононуклеарная инфильтрация

В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИГРАЮТ РОЛЬ

- 1) вирусная инфекция
- 2) системные заболевания
- 3) бактериальная инфекция**
- 4) обструкция мочевых путей
- 5) везикоуретеральный рефлюкс**

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

- 1) восходящая**
- 2) гематогенная

ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- 1) пионефроз**
- 2) папиллярный некроз**
- 3) острый некроз канальцев
- 4) перинефритический абсцесс**
- 5) пилефлебитические абсцессы печени

ФОРМЫ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА

- 1) обструктивный
- 2) ксантогранулематозный
- 3) рефлюксная нефропатия
- 4) анальгетическая нефропатия**
- 5) лекарственный интерстициальный**

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИДРОНЕФРОЗА

- 1) увеличенные размеры**
- 2) отложения жира около лоханок**
- 3) выраженная атрофия паренхимы**
- 4) резко растянутые чашечки и лоханки**
- 5) мелкозернистая кортикальная поверхность

6) незначительно истонченное корковое вещество

7) нормальные или слегка уменьшенные размеры

СИНОНИМЫ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ

1) карциноид

2) гипернефрома

3) аденокарцинома

4) гипернефроидный рак

5) кортикальная аденома

ПРОЛИФЕРАЦИЯ КЛЕТОК И ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ИМЕЮТ ХАРАКТЕР

1) фокальный

2) диффузный

3) сегментарный

ПИЕЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕМ

1) канальцев

2) интерстиция

3) почечных лоханок

4) почечных клубочков

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО КЛУБОЧКА

1) отек стромы

2) пролиферация мезангиоцитов

3) склероз и гиалиноз базальной мембраны

4) исчезновение ножек отростков подоцитов

5) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами

ПРИ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОЧКИ

1) плотные

2) с сальным блеском

3) увеличены в размерах

4) бледные с петехиальными кровоизлияниями на поверхности

ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК СМЕРТЬ БОЛЬНОГО МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ОТ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) острой

2) подострой

3) хронической

ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА

1) атрофия канальцев

2) интерстициальный отек

3) интерстициальный фиброз

4) фокальный некроз канальцев

5) лейкоцитарная инфильтрация

6) мононуклеарная инфильтрация

В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИГРАЮТ РОЛЬ

1) вирусная инфекция

2) системные заболевания

3) бактериальная инфекция

4) обструкция мочевых путей

5) везикоуретеральный рефлюкс

ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

1) обструктивный

2) ксантогранулематозный

3) рефлюксная нефропатия

4) анальгетическая нефропатия

5) лекарственный интерстициальный

3) Решить ситуационные задачи:

1. У молодого мужчины через две недели после перенесенной ангины появились олигурия, протеинурия, гематурия и генерализованные отеки. При исследовании биоптата почки обнаружена гиперклеточность клубочков, обусловленная пролиферацией эндотелиальных и мезангиальных клеток и инфильтрацией клубочков нейтрофилами и макрофагами

Вопрос 1: Диагноз;

Вопрос 2: Наиболее частый этиологический фактор;

Вопрос 3: Основные макроскопические изменения;

Вопрос 4: Прогноз данного заболевания;

Вопрос 5: К первичным или вторичным гломерулопатиям относится это заболевание;

2. После перенесенного переохлаждения у мужчины 30 лет возникло повышение артериального давления, появилась гематурия и отеки лица. Через 7 месяцев больной умер при явлениях хронической почечной недостаточности

Вопрос 1: Предполагаемый диагноз;

Вопрос 2: Макроскопические изменения почек;

Вопрос 3: Основные микроскопические изменения;

Вопрос 4: Прогноз данного заболевания;

Вопрос 5: К воспалительным или невоспалительным гломерулопатиям относится это заболевание;

3. У мужчины, длительное время страдавшего гломерулонефритом, клинически выявлены нарушения электролитного состава крови, значительное повышение уровня мочевины, креатинина, мочевой кислоты. При аутопсийном исследовании обнаружены следующие изменения: почки уменьшены, плотные, с мелкозернистой поверхностью

Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз;

Вопрос 2: Основные микроскопические изменения в почках;

Вопрос 3: Заболевания, приводящие к этим изменениям;

Вопрос 4: Причина смерти;

Вопрос 5: Две группы гломерулопатий в зависимости от этиологии;

4. У мальчика 4 лет появились отеки на лице и ногах, что послужило поводом для обращения к врачу. При исследовании мочи выявлены выраженная протеинурия, цилиндрурия. В крови отмечаются гипоальбуминемия, увеличено содержание всех основных липидных фракций

Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз;

Вопрос 2: Макроскопические изменения почек;

Вопрос 3: Изменения в клубочках при световой и электронной микроскопии;

Вопрос 4: Основной структурный признак данной патологии;

Вопрос 5: Исходы этого заболевания;

5. У молодого мужчины появились клинические признаки нефротического синдрома. При исследовании биопсии почки выявлено поражение юкстамедуллярных клубочков

Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз;

Вопрос 2: Макроскопические изменения почек на разных стадиях болезни;

Вопрос 3: Основные микроскопические изменения;

Вопрос 4: Характерные структурные изменения;

Вопрос 5: Исходы и осложнения данной патологии;

4) Разбор макро- и микропрепаратов

Обязательные макро и микропрепараты:

Макропрепараты:

1. Подострый гломерулонефрит - описать внешний вид почки, величину, консистенцию, цвет на поверхности и на разрезе; обратить внимание на цвет и наличие красного крапа в корковом слое.

2. Нефросклероз - описать внешний вид почки, величину, консистенцию, цвет на поверхности и на разрезе, состояние слоев.

Микропрепараты:

1. Подострый (экстракапиллярный) гломерулонефрит - обратить внимание на характерные изменения нефротелия капсулы клубочка (найти полулуния), на состояние сосудистого клубочка, на наличие и характер изменений в канальцах.

2. Амилоидоз почки - найти участки отложения амилоида, обратить внимание на локализацию отложений, состояние канальцев почки.
3. Вторично-сморщенная почка (нефросклероз) - обратить внимание на склероз и гиалиноз большинства клубочков, на состояние оставшихся клубочков (с признаками гипертрофии), на наличие и характер изменений в канальцах, артериолах, мелких и средних артериях, строме почки.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.5. Патологическая анатомия болезней эндокринной системы.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Узнать этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры. Получить понятие о дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты, болезни бери-бери, спру.

Задачи: Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Обучить давать их классификацию, морфологическую характеристику, знать осложнения, исходы, диагностировать их по макро- и микроскопической картине. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам. Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;

2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов эндокринной системы.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Тестовый контроль:

1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕ ОТНОСЯТ:

- 1) туберкулёз;
- 2) гипергликемическая кома;
- 3) трофические язвы конечностей;
- 4) пиодермия;
- 5) тромбоз эмболический синдром;

Правильный ответ: 5

2. ВТОРИЧНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ:

- 1) диабет 2 типа;
- 2) аутоиммунный диабет;
- 3) врождённый сахарный диабет;
- 4) осложнение заболеваний поджелудочной железы;
- 5) генетически обусловленный сахарный диабет;

Правильный ответ: 4

3. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- 1) неспецифического диабета;
- 2) сахарного диабета 1 типа;
- 3) диабета беременных;
- 4) вторичного диабета;
- 5) любого сахарного диабета;

Правильный ответ: 2

4. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА:

- 1) ожирение;
- 2) истощение;
- 3) вирусные инфекции;
- 4) избыток сахара в пище;
- 5) недостаток поступления сахара с пищей;

Правильный ответ: 1

5. АТРОФИЯ Фолликулов ЖЕЛЕЗЫ, ВЫРАЖЕННЫЙ ФИБРОЗ СТРОМЫ И ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) спорадического зоба;
- 2) диффузного токсического зоба;
- 3) тиреоидита Риделя;
- 4) хронического лимфоцитарного тиреоидита;
- 5) эндемического зоба;

Правильный ответ: 3

6. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСЯТ:

- 1) папиллярную карциному;
- 2) фолликулярную аденому;
- 3) фолликулярную карциному;
- 4) анапластическую карциному;
- 5) медуллярный рак;

Правильный ответ: 2

7. СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ АДЕНОГИПОФИЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) акромегалией;
- 2) макроглоссией;
- 3) гипофизарным нанизмом;
- 4) гигантизмом;
- 5) несахарным диабетом;

Правильный ответ: 3

8. СИНДРОМ КИММЕЛЬСТИЛА-УИЛСОНА - ЭТО:

- 1) диабетическая микроангиопатия;
- 2) диабетическая макроангиопатия;
- 3) диабетическая нейропатия;
- 4) диабетическая ретинопатия;
- 5) диабетическая нефропатия;

Правильный ответ: 5

9. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ:

- 1) васкулит;
- 2) гиалиноз;
- 3) амилоидоз;
- 4) аневризма;
- 5) медиакальциноз Менкеберга;

Правильный ответ: 5

10. ЗОБ ХАСИМОТО - ЭТО:

- 1) острый гнойный тиреоидит;
- 2) подострый лимфоцитарный тиреоидит;
- 3) гигантоклеточный тиреоидит;
- 4) гигантоклеточный тиреоидит;
- 5) хронический фиброзный тиреоидит;

Правильный ответ: 4

11. ХРОНИЧЕСКИЙ ФИБРОЗНЫЙ ТИРЕОИДИТ - ЭТО:

- 1) зоб Хасимото;
- 2) тиреоидит при туберкулезе;
- 3) тиреоидит Риделя;
- 4) подострый лимфоцитарный тиреоидит;
- 5) тиреоидит де Кервена;

Правильный ответ: 3

12. ТИРЕОИДИТ ДЕ КЕРВЕНА:

- 1) подострый гранулематозный тиреоидит;
- 2) подострый лимфоцитарный тиреоидит;
- 3) инфекционный тиреоидит;
- 4) специфический тиреоидит;
- 5) острый тиреоидит;

Правильный ответ: 1

13. ЗОБ ПО МАКРОСКОПИЧЕСКОМУ ВИДУ:

- 1) паренхиматозный;
- 2) фиброзно-узловой;
- 3) коллоидный;
- 4) фиброзно-очаговый;
- 5) диффузно-узловой;

Правильный ответ: 5

14. ЗОБ ПО МИКРОСКОПИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ:

- 1) диффузно-узловой;
- 2) диффузный;
- 3) коллоидный;
- 4) эндемический;
- 5) смешанный;

Правильный ответ: 3

15. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА - ЭТО:

- 1) зоб Хасимото;
- 2) спорадический зоб;
- 3) эндемический зоб;
- 4) фиброзный зоб;
- 5) диффузный токсический зоб;

Правильный ответ: 5

16. ГИПОФИЗАРНЫЙ НАНИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- 1) соматотропной аденоме;
- 2) опухолях гипофиза со снижением его функции;
- 3) синдроме Шихана;
- 4) специфических инфекциях;
- 5) синдроме Симмондса;

Правильный ответ: 2

17. ФЕОХРОМОЦИТОМА - ЭТО:

- 1) опухоль гипофиза;
- 2) опухоль поджелудочной железы;
- 3) опухоль почки;
- 4) опухоль надпочечника;
- 5) опухоль щитовидной железы;

Правильный ответ: 4

18. СКЛЕРОЗ НАДПОЧЕЧНИКОВ, АТРОФИЯ ИХ КОРЫ, СОСТОЯЩЕЙ ИЗ МЕЛКИХ КЛЕТОК С ЛИПОФУСЦИНОМ И ЛИПИДАМИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ:

- 1) болезни Аддисона;
- 2) синдроме Иценко-Кушинга;
- 3) гипертиреозе;
- 4) феохромоцитоме;
- 5) гиперальдостеронизме;

Правильный ответ: 1

19. КАРЦИНОИД - ЭТО:

- 1) аденокарцинома;
- 2) апудома;
- 3) тератома;
- 4) разновидность карциномы;
- 5) форма саркомы;

Правильный ответ: 2

2) Вопросы для собеседования.

1. Сахарный диабет. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
2. Тиреоидит. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
3. Опухоли щитовидной железы. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения
4. Болезни гипофиза. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения

5. Болезни надпочечников. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения

6. Заболевания APUD-системы. Определение. Этиология. Классификация. Морфологическая характеристика. Осложнения

3) Участие в научно-практической дискуссии по вопросам клинической и фундаментальной медицины «Сахарный диабет. Динамика заболеваемости за последние 5 лет среди жителей Кировской области»

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

ВИДЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ (1999)

- 1) I типа
- 2) II типа
- 3) вторичный
- 4) гестационный
- 5) постинфекционный
- 6) генетически обусловленный
- 7) первичный инсулинзависимый
- 8) первичный инсулиннезависимый
- 9) индуцированный лекарствами и химикатами
- 10) при болезнях экзокринной части поджелудочной железы

ВИДЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ

- 1) I типа
- 2) II типа
- 3) вторичный
- 4) гестационный
- 5) постинфекционный
- 6) генетически обусловленный
- 7) первичный инсулинзависимый
- 8) первичный инсулиннезависимый
- 9) индуцированный лекарствами и химикатами
- 10) при болезнях экзокринной части поджелудочной железы

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА

- 1) интоксикации
- 2) табакокурение
- 3) глистные инфекции
- 4) вирусные инфекции
- 5) генетическая предрасположенность

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА

- 1) склероз
- 2) атрофия
- 3) инсулит
- 4) карциноид
- 5) амилоидоз
- 6) липоматоз
- 7) гранулематоз
- 8) незидиобластоз

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

- 1) склероз
- 2) атрофия
- 3) инсулит
- 4) карциноид
- 5) амилоидоз
- 6) липоматоз
- 7) гранулематоз
- 8) незидиобластоз

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА ПРИ ВТОРИЧНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- 1) склероз
- 2) атрофия
- 3) инсулит
- 4) карциноид
- 5) амилоидоз
- 6) липоматоз
- 7) гранулематоз
- 8) незидиобластоз

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ

- 1) гипоксия
- 2) микротравмы капилляров

ВИДЫ ДИАБЕТИЧЕСКИХ КОМ

- 1) токсическая
- 2) печеночная
- 3) уремическая
- 4) гиперосмолярная
- 5) гипогликемическая
- 6) лактацидотическая
- 7) кетоацидотическая

ПРИЧИНЫ СЛЕПОТЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- 1) катаракта
- 2) отслоение сетчатки
- 3) разрыв стекловидного тела
- 4) симпатическая офтальмопатия
- 5) парез глазодвигательных мышц
- 6) кровоизлияния в стекловидное тело
- 7) микроангиопатия в области желтого пятна

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА

- 1) дряблая
- 2) плотная
- 3) липоматоз
- 4) ангиоматоз
- 5) незидиобластоз
- 6) размер обычно увеличен
- 7) размер обычно уменьшен

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

- 1) липоматоз
- 2) ангиоматоз
- 3) незидиобластоз
- 4) размер обычно увеличен
- 5) размер обычно уменьшен

ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- 1) раннее начало
- 2) позднее начало
- 3) злокачественное течение

- 4) доброкачественное течение
- 5) большая площадь поражения**
- 6) меньшая площадь поражения
- 7) чаще развивается мозговая форма

ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ АТЕРОСКЛЕРОЗ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ ОТДЕЛ АОРТЫ

- 1) брюшной**
- 2) надклапанный
- 3) восходящую часть
- 4) нисходящую часть
- 5) в месте отхождения артерий головы и шеи

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- 1) гликолиз
- 2) ишемия тканей
- 3) накопление сорбитола**
- 4) гликозилирование белков**
- 5) накопление модифицированных липопротеидов

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЫ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- 1) кахексия
- 2) ожирение**
- 3) остеопатия
- 4) спазм сосудов
- 5) бактериальное обсеменение**

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА

- 1) гломерулит
- 2) гиалиноз артерий
- 3) клиновидная атрофия
- 4) плотная консистенция**
- 5) некроз эпителия канальцев
- 6) мелкозернистая поверхность**
- 7) гиалиноз мезангия клубочков

МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА

- 1) гломерулит
- 2) гиалиноз артерий**
- 3) клиновидная атрофия
- 4) плотная консистенция
- 5) некроз эпителия канальцев
- 6) мелкозернистая поверхность
- 7) гиалиноз мезангия клубочков**

ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА

- 1) инсулит**
- 2) панкреатит
- 3) гипогликемия
- 4) панкреонекроз
- 5) дисфункция бета-клеток
- 6) инсулинорезистентность
- 7) первичная альтерация бета-клеток**

ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

- 1) инсулит
- 2) панкреатит
- 3) гипогликемия
- 4) панкреонекроз
- 5) дисфункция бета-клеток**
- 6) инсулинорезистентность**
- 7) первичная альтерация бета-клеток

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- 1) менингит
- 2) отогенные

3) урогенные

- 4) полимиозит
- 5) остеомиелит

ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ КОМАХ

1) стаз

2) отек

- 3) ликворея
- 4) энцефалит

5) микротромбоз

СТАДИИ МОРФОГЕНЕЗА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИЙ

1) десквамация эндотелия

2) пролиферация эндотелия

3) гиалиноз и склероз базальной мембраны

4) гиалиноз и склероз подмембранной зоны

5) атрофия гладкомышечных клеток и перицитов

6) плазматическое пропитывание базальной мембраны и подмембранной зоны

МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА

1) гипопитуитаризм

2) гиперпитуитаризм

3) нарушение полей зрения

4) увеличение турецкого седла

5) повышение внутричерепного давления

ОБЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА

1) гипопитуитаризм

2) гиперпитуитаризм

3) нарушение полей зрения

4) увеличение турецкого седла

5) повышение внутричерепного давления

ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ШИХАНА

1) стресс

2) септический шок

3) белковое голодание

4) послеродовое кровотечение

5) тромбоз кавернозных синусов

ПРИЧИНЫ СИНДРОМА "ПУСТОГО ТУРЕЦКОГО СЕДЛА"

1) стресс

2) белковое голодание

3) некроз аденомы гипофиза

4) облучение зоны турецкого седла

5) грыжа диафрагмы турецкого седла

ПРИЧИНЫ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА

1) стресс

2) травма головы

3) гипофизэктомия

4) опухоль гипоталамуса

5) снижение секреции инсулина

В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЗОБ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) опухолью

2) воспалением

3) увеличением объема

4) первичной гипертрофией стромы

5) первичной гипертрофией паренхимы

ВИДЫ ЗОБА ПО МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ

1) базедов

2) диффузный

3) коллоидный

4) эндемический

- 5) эутиреоидный
- 6) спорадический
- 7) аденоматозный
- 8) гипотиреоидный
- 9) тиреотоксический
- 10) мононодулярный**
- 11) паренхиматозный
- 12) мультинодулярный**

ВИДЫ ЗОБА ПО МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ

- 1) базедов
- 2) диффузный
- 3) коллоидный**
- 4) эндемический
- 5) эутиреоидный
- 6) спорадический
- 7) аденоматозный
- 8) гипотиреоидный
- 9) тиреотоксический
- 10) мононодулярный
- 11) паренхиматозный**
- 12) мультинодулярный

ВИДЫ ЗОБА ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ СОСТОЯНИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) базедов
- 2) диффузный
- 3) коллоидный
- 4) эндемический
- 5) эутиреоидный**
- 6) спорадический
- 7) аденоматозный
- 8) гипотиреоидный**
- 9) тиреотоксический**
- 10) мононодулярный
- 11) паренхиматозный
- 12) мультинодулярный

ВИДЫ ЗОБА ПО КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ

- 1) базедов**
- 2) диффузный
- 3) коллоидный
- 4) эндемический**
- 5) эутиреоидный
- 6) спорадический**
- 7) аденоматозный
- 8) гипотиреоидный
- 9) тиреотоксический
- 10) мононодулярный
- 11) паренхиматозный
- 12) мультинодулярный

ХАРАКТЕРНЫЕ МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

- 1) резорбция коллоида**
- 2) подушечки Сандерсона**
- 3) гипертрофия фолликулов**
- 4) клетки Ашкенази—Гюртле
- 5) интрафолликулярные сосочки**

ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

- 1) нанизм
- 2) кретинизм**
- 3) микседема

- 4) акромегалия
- 5) лакторея-аменорея

ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ У ВЗРОСЛЫХ

- 1) нанизм
- 2) кретинизм
- 3) микседема**
- 4) акромегалия
- 5) лакторея-аменорея

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТИРЕОИДИТА ХАШИМОТО

- 1) атрофический**
- 2) послеродовой
- 3) аутоиммунный
- 4) прогрессирующий
- 5) гипертрофический**

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТИРЕОИДИТА ДЕ КЕРВЕНА

- 1) вирусы**
- 2) микоплазмы
- 3) свинцовая интоксикация
- 4) ионизирующая радиация
- 5) недостаток йода в воде и пище

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТИРЕОИДИТА ХАШИМОТО

- 1) лимфоидные фолликулы**
- 2) склероз стромы щитовидной железы
- 3) В-клеточная трансформация тиреоцитов**
- 4) атрофия паренхимы щитовидной железы**
- 5) диффузная лимфоцитарная инфильтрация**

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТИРЕОИДИТА ДЕ КЕРВЕНА

- 1) очаги гнойного воспаления
- 2) склероз стромы щитовидной железы
- 3) гранулемы вокруг разрушающихся фолликулов**
- 4) гигантские многоядерные клетки инородных тел**
- 5) разнородный клеточный состав воспалительного инфильтрата**

ВИДЫ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ

- 1) медулярный**
- 2) папиллярный**
- 3) фолликулярный**
- 4) анапластический**
- 5) высококодифференцированный

4) Решить ситуационные задачи:

1. У молодого мужчины через две недели после перенесенной ангины появились олигурия, протеинурия, гематурия и генерализованные отеки. При исследовании биоптата почки обнаружена гиперклеточность клубочков, обусловленная пролиферацией эндотелиальных и мезангиальных клеток и инфильтрацией клубочков нейтрофилами и макрофагами

Вопрос 1: Диагноз;

Вопрос 2: Наиболее частый этиологический фактор;

Вопрос 3: Основные макроскопические изменения;

Вопрос 4: Прогноз данного заболевания;

Вопрос 5: К первичным или вторичным гломерулопатиям относится это заболевание;

2. После перенесенного переохлаждения у мужчины 30 лет возникло повышение артериального давления, появилась гематурия и отеки лица. Через 7 месяцев больной умер при явлениях хронической почечной недостаточности

Вопрос 1: Предполагаемый диагноз;

Вопрос 2: Макроскопические изменения почек;

Вопрос 3: Основные микроскопические изменения;

Вопрос 4: Прогноз данного заболевания;

Вопрос 5: К воспалительным или невоспалительным гломерулопатиям относится это заболевание;

3. У мужчины, длительное время страдавшего гломерулонефритом, клинически выявлены нарушения электролитного состава крови, значительное повышение уровня мочевины, креатинина, мочевой кислоты. При аутопсийном исследовании обнаружены следующие изменения: почки уменьшены, плотные, с мелкозернистой поверхностью

Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз;

Вопрос 2: Основные микроскопические изменения в почках;

Вопрос 3: Заболевания, приводящие к этим изменениям;

Вопрос 4: Причина смерти;

Вопрос 5: Две группы гломерулопатий в зависимости от этиологии;

4. У мальчика 4 лет появились отеки на лице и ногах, что послужило поводом для обращения к врачу. При исследовании мочи выявлены выраженная протеинурия, цилиндрурия. В крови отмечаются гипоальбуминемия, увеличено содержание всех основных липидных фракций

Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз;

Вопрос 2: Макроскопические изменения почек;

Вопрос 3: Изменения в клубочках при световой и электронной микроскопии;

Вопрос 4: Основной структурный признак данной патологии;

Вопрос 5: Исходы этого заболевания;

5. У молодого мужчины появились клинические признаки нефротического синдрома. При исследовании биопсии почки выявлено поражение юкстамедуллярных клубочков

Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз;

Вопрос 2: Макроскопические изменения почек на разных стадиях болезни;

Вопрос 3: Основные микроскопические изменения;

Вопрос 4: Характерные структурные изменения;

Вопрос 5: Исходы и осложнения данной патологии;

6. На приём к эндокринологу обратилась молодая женщина 32 лет с жалобами на сердцебиение, повышенную потливость, снижение массы тела. При осмотре щитовидная железа диффузно увеличена, однородная, мягкой консистенции. В анализах крови обнаружено увеличение содержания гормонов Т3, Т4

Вопрос 1: Предполагаемый диагноз;

Вопрос 2: Этиопатогенетические формы этого заболевания;

Вопрос 3: Ведущие микроскопические изменения щитовидной железы при этом заболевании;

Вопрос 4: Осложнения данного заболевания;

Вопрос 5: Синоним названия этой болезни;

5) Разбор макро- и микропрепаратов:

Обязательные макро и микропрепараты:

Макропрепараты:

1. Паренхиматозный зоб.
2. Коллоидный зоб.
3. Аденома надпочечника
4. Атрофический склероз поджелудочной железы.

Микропрепараты:

1. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото). (окраска гематоксилином и эозином)
2. Макро-микрофолликулярный зоб. (окраска гематоксилином и эозином)
3. Поджелудочная железа при атрофическом панкреатите. (окраска пикрофуксином по ванн Гизон)

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.6. Патологическая анатомия болезней нервной системы.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить особенности роста опухолей нервной и меланинообразующей тканей, тератом и тератобластом согласно принципам классификации этих опухолей; научиться различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Задачи: Получить знания об особенностях роста опухолей согласно принципам классификации, уметь различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы опухолей из меланинообразующей и нервной ткани;

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. определение и классификация опухолей из тканей – меланинопродуцирующей ткани, нейроэктодермы.
2. макро-, микроскопические особенности, локализация доброкачественных опухолей меланинообразующей ткани.
3. макро-, микроскопические особенности, локализация злокачественных опухолей меланинообразующей ткани.
4. макро-, микроскопические особенности, локализация доброкачественных опухолей нервной ткани.
5. макро-, микроскопические особенности, локализация злокачественных опухолей нервной ткани.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ОУХОЛИ ИЗ НЕРВНОЙ И МЕЛАНИОБРАЗУЮЩЕЙ ТКАНИ

ОПУХОЛЕПОДОБНЫЙ ПРОЦЕСС, НА ФОНЕ КОТОРОГО РАЗВИВАЮТСЯ МЕЛАНОМЫ

- 1) **невус**
- 2) дерматит
- 3) витилиго
- 4) бородавка

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ В КОЖЕ РАЗЛИЧАЮТ НЕВУСЫ

- 1) простой
- 2) старческий
- 3) **пограничный**
- 4) **внутридермальный**
- 5) **сложный (смешанный)**

ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕЛАНОМЫ

- 1) **кожа**
- 2) легкие
- 3) печень
- 4) **надпочечники**
- 5) **пигментная оболочка глаза**

МЕЛАНОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ

- 1) контактно
- 2) **лимфогенно**
- 3) **гематогенно**
- 4) периневрально

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЛАНОМЫ

- 1) доброкачественная опухоль из меланинообразующей ткани
- 2) **метастазирует гематогенным и лимфогенным путями**
- 3) злокачественная опухоль нервной ткани
- 4) **часто рецидивирует**
- 5) растет экспансивно

МЕЛАНОМА- ЭТО

- 1) **злокачественная опухоль**
- 2) доброкачественная опухоль
- 3) опухолеподобное образование

ГРУППЫ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) глиальные
- 2) нейрональные
- 3) **менингососудистые**
- 4) **нейроэктодермальные**

МЕНИНГОСОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ

- 1) **оболочек мозга**
- 2) нейроглии
- 3) нейронов
- 4) эпендимы

ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) **метастазируют в пределах центральной нервной системы**
- 2) **клинически имеют злокачественное течение**
- 3) развиваются у граждан слабо развитых стран
- 4) относятся к порокам развития

3) Решить предложенные ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Больной Б., 25 лет, имеющий рыжий цвет волос, после интенсивной инсоляции во время командировки в Австралию обнаружил рост и воспалительную реакцию вокруг невуса на правой голени. При биопсии поставлен диагноз нодулярной злокачественной меланомы толщиной 3 мм, опухоль удалена с прилежащими тканями, проведен курс иммунотерапии.

Вопросы к ситуационной задаче № 1

1. Опишите микропрепарат злокачественной меланомы кожи.
2. Какие факторы риска имел данный больной для развития злокачественной меланомы?
3. Каков прогноз послеоперационной выживаемости у данного пациента?
4. Назовите возможные локализации злокачественной меланомы.
5. Какие методы позволяют поставить диагноз беспигментной злокачественной меланомы?

Ситуационная задача № 2

Больная В., 45 лет, неоднократно госпитализировалась в неврологическую клинику по поводу повторных внутримозговых кровоизлияний в левой височно-теменной области. Больная погибла от отека головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие после очередного внутримозгового кровоизлияния. После аутопсии поставлен диагноз мультиформной глиобластомы головного мозга с кровоизлиянием в ткань опухоли.

Вопросы к ситуационной задаче № 2

1. Опишите макропрепарат опухоли.
2. Опишите микропрепарат опухоли.
3. Объясните генез повторных кровоизлияний в ткань опухоли.
4. Где искать метастазы опухоли?
5. С какими другими глиальными опухолями следует проводить дифференциальный диагноз при гистологическом исследовании?

4) Обязательные макро- и микропрепараты:

Макропрепараты:

1. *Изучить опухоль головного мозга по макроскопической картине.* Описать макропрепарат "Злокачественная опухоль головного мозга (глиобластома)". Обратить внимание на локализацию, четкость границ опухоли и ее цвет на разрезе.

2. *Изучить опухоль головного мозга по макроскопической картине.* Описать макропрепарат "Менингиома". Обратить внимание на локализацию, четкость границ опухоли и ее цвет на разрезе.

3. *Изучить пигментный невус кожи по макроскопической картине.* Описать макропрепарат "Невринома слухового нерва". Обратить внимание на размеры, форму, цвет, поверхность, консистенцию, глубину поражения подлежащих тканей, четкость границы образования.

4. *Изучить меланому кожи по макроскопической картине.* Описать макропрепарат "Меланома глаза". Обратить внимание на размеры, форму, цвет, поверхность, консистенцию, глубину поражения подлежащих тканей, четкость границы образования.

5. *Изучить метастазы меланомы в печень по макроскопической картине.* Описать макропрепарат "Метастазы меланомы в оболочки головного мозга". Обратить внимание на локализацию, форму, количество, размеры, четкость границ и цвет опухолевых узлов; размеры, поверхность и консистенцию

Микропрепараты:

1. *Изучить злокачественную опухоль головного мозга (глиобластома) по микроскопической картине.* Описать микропрепарат "Злокачественная опухоль головного мозга (глиобластома)" (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на расположение, размеры и форму клеток и ядер, митотическую активность; васкуляризацию, развитие стромы; вторичные изменения в ткани опухоли.

2. *Изучить злокачественную опухоль головного мозга (злокачественную неврилеммому) по микроскопической картине.* Описать микропрепарат "Злокачественная опухоль головного мозга (злокачественная неврилеммома)" (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на расположение, размеры и форму клеток и ядер, митотическую активность; васкуляризацию, развитие стромы; вторичные изменения в ткани опухоли.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.7. Патологическая анатомия болезней лимфатической и кроветворной систем.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить морфологию основных заболеваний системы крови, разобраться в сущности процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфомах. Отметить цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкемических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных.

Задачи: Рассмотреть сущность процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфогранулоцитозы, алейкии, острые и хронические лейкозы, неходжкинские злокачественные лимфомы, анемии. Обучить различать по морфологической картине цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкемических инфильтратов от

очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам.

Обучающийся должен знать:

1. Принципы классификации опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной тканей.
2. Определение лейкозов, современные представления об этиологии и патогенезе лейкозов.
3. Методы диагностики, основные клинические и морфологические проявления острых и хронических лейкозов.
4. Определение анемий, диагностические критерии.
5. Принципы классификации анемий.
6. Этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика постгеморрагических анемий.
7. Этиология, патогенез, классификация, клинико-морфологическая характеристика анемий, обусловленных недостаточностью эритропоэза.
8. Этиология, патогенез, классификация, клинико-морфологическая характеристика анемий, возникающих вследствие усиленного разрушения эритроцитов.
9. Этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика железодефицитной и мегалобластных анемий.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Принципы классификации опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной тканей.
2. Определение лейкозов, современные представления об этиологии и патогенезе лейкозов.
3. Методы диагностики, основные клинические и морфологические проявления острых и хронических лейкозов.
4. Определение анемий, диагностические критерии.
5. Принципы классификации анемий.
6. Этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика постгеморрагических анемий.
7. Этиология, патогенез, классификация, клинико-морфологическая характеристика анемий, обусловленных недостаточностью эритропоэза.
8. Этиология, патогенез, классификация, клинико-морфологическая характеристика анемий, возникающих вследствие усиленного разрушения эритроцитов.
9. Этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика железодефицитной и мегалобластных анемий.

2) Выступления с презентациями на тему:

- «Лейкозы»;
- «Ходжкинские и неходжкинские лимфомы»;
- «Анемии»

Дебрифинг по изучаемой теме.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Разбор макро- и микропрепаратов:

Обязательные макро и микропрепараты:

Макропрепараты:

1. Изучить жировую дистрофию миокарда при анемии по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Жировая дистрофия печени". Обратить внимание на размеры сердца и полостей, консистенцию и цвет миокарда на разрезе; цвет поперечной исчерченности миокарда под эндокардом в области сосочковых мышц левого желудочка.
2. Изучить гемосидероз селезенки при гемолитической анемии по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Гемосидероз селезенки". Обратить внимание на размеры, консистенцию

и цвет селезенки, состояние пульпы.

3. Изучить лимфатические узлы при хроническом лимфоидном лейкозе по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Лимфатические узлы при лимфоме Ходжкина". Обратить внимание на размеры и цвет лимфатических узлов на разрезе, сохранность капсулы.

Микропрепараты:

1. Изучить жировую дистрофию миокарда при анемии по микроскопической картине. Изучить микропрепарат "Жировая дистрофия печени" (окраска Суданом III). Обратить внимание на локализацию изменений, размеры и цвет включений.

2. Изучить гемосидероз печени при гемолитической анемии по микроскопической картине. Описать микропрепарат "Гемосидероз печени" (реакция Перлса). Обратить внимание на локализацию, форму и цвет гранул пигмента.

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

3) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

В мазке крови обнаружены: макроцитоз, эритроциты с тельцами Жолли, гиперсегментированные нейтрофилы, снижение количества тромбоцитов. Заключение — анемия:

- а) мегалобластная,
- б) гемолитическая,
- в) железодефицитная,
- г) постгеморрагическая.

Выбрать все правильные ответы

2. *Причины гемолитической анемии:*

- а) гемосидероз печени,
- б) отравление соединениями свинца,
- в) введение пенициллина,
- г) долгие пешие переходы,
- д) сфероцитоз.

Выбрать один правильный ответ

3. *У больного анемией развилась желтуха, в крови 10 % ретикулоцитов, в биоптатах печени и костного мозга диффузные отложения гемосидерина. Указанные признаки характерны для анемии:*

- а) железодефицитной,
- б) В₁₂-фолиеводефицитной, в) гемолитической,
- г) апластической.

Выбрать один правильный ответ

4. *Признак железодефицитной анемии:*

- а) снижение числа ретикулоцитов в периферической крови,
- б) увеличение размеров эритроцитов,
- в) резкое уменьшение содержания гемосидерина в костном мозге,
- г) гиперхромия эритроцитов,
- д) дефицит фолиевой кислоты.

Выбрать все правильные ответы

5. *Для апластической анемии характерны:*

- а) панцитопения,
- б) увеличение числа ретикулоцитов,
- в) склонность к кровотечениям,
- г) редукция гемопоэза,
- д) склонность к инфекциям.

Выбрать один правильный ответ

6. У ребенка 6 лет заболевание началось с лихорадки, петехиальных высыпаний на коже, в периферической крови $30 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитов, из них 60 % лимфобласты. Заключение:

- а) хронический лимфолейкоз, бластный криз,
- б) лимфогранулематоз,
- в) лимфобластная лимфома,
- г) острый лимфобластный лейкоз.

Выбрать все правильные ответы

7. Морфологическая картина острого миелоидного (миелобластного) лейкоза:

- а) "пиоидный" костный мозг,
- б) спленомегалия (6 кг),
- 405в) умеренная гепатомегалия,
- г) "лейкемический провал" в формуле крови,
- д) язвенно-некротические изменения в желудке и кишечнике.

Выбрать один правильный ответ

8. Признак острого монобластного лейкоза:

- а) гиперплазия десен с изъязвлениями,
- б) редукция гемопоэза,
- в) лейкомоидная реакция,
- г) не менее 80 % клеток в костном мозге — моноциты.

Выбрать один правильный ответ

9. У больного 50 лет в периферической крови картина цитопении с макроцитозом. В костном мозге количество клеток увеличено, эритропоэз с признаками мегалобластоидности. Гранулоциты двуядерные или с двудольчатыми ядрами, цитоплазма базофильна. Количество вторичных гранул снижено. Активность миелопероксидазы снижена. Большое количество микромегака-риоцитов. Бласты локализуются в центральных отделах лакун. В костном мозге количество бластов 15 %. Заключение — анемия:

- а) В₁₂-дефицитная,
- б) мегалобластная,
- в) рефрактерная с избытком бластов,
- г) железосодефицитная,
- д) гемолитическая.

Выбрать все правильные ответы

10. Миелопролиферативные заболевания (хронические):

- а) хронический миелолейкоз,
- б) миелофиброз,
- в) истинная полицитемия,
- г) миеломная болезнь,
- д) эссенциальная тромбоцитемия.

Выбрать один правильный ответ

11. У больной 40 лет, поступившей в стационар по поводу маточного кровотечения, в периферической крови число эритроцитов $10 \times 10^{12}/\text{л}$, 18 г/л гемоглобина. В костном мозге картина гиперплазии трех ростков гемопоэза, преимущественно эритроидного. Эритропоэтин в периферической крови отсутствует. Заключение:

- а) острый эритробластный лейкоз,
- б) нормальная реакция на кровопотерю,
- в) хронический миелоидный лейкоз,
- г) истинная полицитемия.

Выбрать один правильный ответ

12. Клетки, имеющие диагностическое значение при лимфогранулематозе:

- а) Лангханса,
- б) Микулича,
- в) Рида—Штернберга,

- г) Уортина,
- д) Аничкова.

Выбрать один правильный ответ

13. У больного 80 лет в периферической крови лейкоцитоз $90 \times 10^9/\text{л}$; 80 % составляют зрелые лимфоциты; анемии нет; тромбоцитов $100 \times 10^9/\text{л}$. Подмышечные и шейные лимфатические узлы увеличены, в виде пакетов. Заключение:

- а) хронический лимфоидный лейкоз,
- б) острый лимфобластный лейкоз,
- в) лимфогранулематоз,
- г) миеломная болезнь.

Выбрать все правильные ответы

14. При пункции единственного очага деструкции кости выявлено большое количество плазматических клеток, часть их с цитоплазматическими и внутриядерными PAS(ИHK)-позитивными включениями. Морфологическая характеристика заболевания:

- а) хроническое воспаление костного мозга,
- б) кардиомиопатия,
- в) резкое снижение уровня иммуноглобулинов,
- г) в моче белок Бенс-Джонса,
- д) амилоидная нефропатия.

Выбрать все правильные ответы

15. Варианты "классической лимфомы Ходжкина":

- а) нодулярный склероз,
- б) смешанно-клеточный,
- в) классический с большим количеством лимфоцитов,
- г) нодулярный с лимфоидным преобладанием,
- д) с лимфоидным истощением.

Выбрать один правильный ответ

16. Признак клетки Рида—Штернберга:

- а) зона просветления вокруг клетки,
- б) моноклеарность,
- в) отсутствие ядрышек,
- г) экспрессия антигена CD20 и CD79а,
- д) экспрессия CD 15 и CD30.

Выбрать все правильные ответы

17. Недостаточность фолиевой кислоты встречается при:

- а) алкоголизме,
- б) глютенной энтеропатии,
- в) болезни Крона,
- г) операциях на желудочно-кишечном тракте,
- д) атрофическом гастрите.

Выбрать все правильные ответы

18. Вторичные эритроцитозы (полицитемии) встречаются:

- а) при почечной недостаточности,
- б) у жителей высокогорья,
- 407в) при сердечной недостаточности,
- г) у беременных,
- д) при легочной недостаточности.

Выбрать все правильные ответы

19. Причины дефицита витамина В₁₂:

- а) аутоиммунный гастрит,

- б) хронический колит,
- в) резекция желудка,
- г) хронический энтерит,
- д) дифиллоботриоз.

Выбрать один правильный ответ

20. Признак фуникулярного миелоза:

- а) повреждение миелина нейронов,
- б) очаговые некрозы продолговатого мозга,
- в) гиперплазия миелоидного ростка,
- г) миелофиброз.

Выбрать все правильные ответы

21. Властный криз возможен при:

- а) истинной полииитемии,
- б) хроническом миелоидном лейкозе,
- в) хроническом лимфоидном лейкозе,
- г) лимфогранулематозе,
- д) миелофиброзе.

Выбрать все правильные ответы

22. В-клеточные лимфомы:

- а) плазмоцитомы,
- б) фолликулярная лимфома,
- в) лимфома Беркитта,
- г) лимфома MALT-типа,
- д) грибовидный микоз.

Выбрать один правильный ответ

23. Наиболее частая локализация лимфомы Ходжкина у взрослых:

- а) лимфатические узлы шеи,
- б) лимфатические узлы брюшной полости,
- в) селезенка,
- г) костный мозг,
- д) паховые лимфатические узлы.

Выбрать один правильный ответ

24. Опухолевая природа лимфоидного пролиферата может быть доказана при:

- а) окраске азуром и эозином,
- б) выявлении антигенов В-клеточной дифференцировки,
- в) РА8(ШИК)-реакции,
- г) выявлении легких цепей иммуноглобулинов.

Выбрать один правильный ответ

25. Наиболее частая локализация Т-лимфобластных лимфом:

- а) средостение,
- б) шея,
- в) паховая область,
- г) забрюшинное пространство,
- д) селезенка.

4) Решить ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Больной А., 44 лет, обратился к врачу с жалобами на нарастающую слабость, частые головокружения, одышку. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, периодически стул черного цвета. При обследовании обнаружено незначительное увеличение

печени.

Вопросы к ситуационной задаче № 1

1. О каком осложнении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки можно думать, и какие показатели периферической крови нужно исследовать?
2. Назовите характерные для данного вида анемии изменения периферической крови.
3. Назовите морфологические особенности эритроцитов, характерные для данного вида анемии.
4. Укажите вероятную причину изменений печени у данного больного.
5. В каких еще органах могут быть изменения, обусловленные анемией? Объясните причину их возникновения.

Ситуационная задача № 2

Больная 3.,72 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли и жжение в языке, отвращение к пище, нарушения стула, нарушение чувствительности в конечностях, утомляемость. Из анамнеза известно, что несколько лет назад больной была произведена субтотальная резекция желудка по поводу рака. В анализе крови признаки анемии.

Вопросы к ситуационной задаче № 2

1. Какой вариант анемии мог возникнуть у данной больной? Назовите предрасполагающие факторы, вероятный механизм развития анемии.
2. Какие изменения в анализе крови позволят уточнить диагноз анемии? Перечислите особенности состояния костного мозга и периферической крови.
3. Какие еще диагностические тесты могут подтвердить развитие данного варианта анемии?
4. Объясните причины и механизмы развития клинических симптомов.
5. Принципы лечения анемии у этой больной.

Ситуационная задача № 3

Больной И., 40 лет, поступил в клинику С жалобами на бледность кожных покровов, одышку, слабость, головокружение, частые носовые кровотечения и петехии, за последний год несколько раз болел пневмонией. Из анамнеза известно, что пациент длительное время работал на атомной электростанции, участвовал в ликвидации аварий на АЭС.

Вопросы к ситуационной задаче № 3

1. Какое заболевание *может* быть причиной клинических симптомов? Дайте его определение и назовите главный признак.
2. Что *могло* спровоцировать данное заболевание?
3. Перечислите возможные изменения костного мозга.
4. Перечислите изменения периферической крови.
5. Объясните механизмы развития клинических симптомов.
6. Каким *может* быть лечение?

Ситуационная задача № 4

Б о л ь н а я А., 68 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость, лихорадку, головную боль, носовые кровотечения. При обследовании выявлена гепато- и спленомегалия, в анализе периферической крови: количество эритроцитов - $3,4 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин - 105 г/л; лейкоциты - $38,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 11×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: бласты - 86 %; палочкоядерные нейтрофилы - 1 %; сегментоядерные нейтрофилы - 1 %; лимфоциты - 1 %. Проводилась химиотерапия, но, несмотря на лечение, больная скончалась при наличии признаков кровоизлияния в головной мозг.

Вопросы к ситуационной задаче № 4

1. О каком заболевании следует думать в данной ситуации? Назовите основные критерии для постановки диагноза.
2. Какие дополнительные цитохимические реакции необходимо использовать для уточнения гистогенеза лейкоза?
3. Объясните причину клинических симптомов: слабости, носовых кровотечений, гепато- и спленомегалии.
4. Какие изменения могут стать причиной головной боли, каким образом можно уточнить диагноз?
5. Назовите вероятные причины развития кровоизлияния в головной мозг.

Ситуационная задача № 5

Больная И., 47 лет, обратилась к врачу с жалобами на бледность, нарастающую слабость,

периодические боли в костях, тяжесть в области левого подреберья, повторяющиеся пневмонии. При обследовании выявлена гепатоспленомегалия, в анализе периферической крови: количество эритроцитов $3,41 \times 10^{12}$ /л; лейкоцитов - $41,1 \times 10^9$ /л, НБ -78 г/л; тромбоцитов - 435×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: бласты - 8%, миелоциты - 28%, метамиелоциты - 10%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, базофилы - 5%, эозинофилы - 1%, моноциты - 4%, лимфоциты - 9%.

Вопросы к ситуационной задаче № 5

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании клинической картины и данных периферической крови? Каковы отличия от лейкомоидных реакций?
2. Назовите характерные изменения костного мозга, позволяющие уточнить диагноз и стадию заболевания.
3. Назовите генетические изменения, являющиеся маркером опухолевого клона при данном заболевании.
4. Перечислите стадии течения данного заболевания. Назовите основные диагностические критерии.
5. Объясните причину гепато- и спленомегалии.
6. Объясните причину рецидивирующей пневмонии.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 3. ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Тема 3.8. Диффузные заболевания соединительной ткани.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить макро- и микроскопические изменения органов при ревматических болезнях, классификацию и осложнения этих заболеваний. Изучить субстрат, осложнения, исходы, классификацию основных форм ревматизма, ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии, болезни Бехтерева, узелковый полиартериита, синдрома Шегрена, гранулематоза Вегенера, болезни Такаюсу, полиартериита с поражением легких Черджа-Стросса, слизисто-кожный лимфодулярный синдром Кавасаки. Дать понятие о патологической анатомии дермато- и полимиозита. Усвоить патоморфологическую основу приобретённых пороков сердца.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия ревматических заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

3. до изучения темы: термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
4. после изучения темы: Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией сердца и сосудов.

Обучающийся должен уметь

Работать с микроскопом. Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от норм;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Тестовый контроль

Выбрать один правильный ответ

1. Что из перечисленного чётко указывает на воспалительный характер суставных болей:

- А. Болезненность при движении.
- Б. Крепитация.
- В. Пролиферативная деформация сустава.
- Г. Припухлость и локальное повышение температуры над суставом.
- Д. Нестабильность сустава.

2. Индивидуальная чувствительность к антигенам стрептококка связана с:

- А. Генетически детерминированным иммунным ответом.
- Б. Возрастом.
- В. Повышенными титрами антител.
- Г. Перекрестным реагированием антител.
- Д. Обходным путем толерантности.

3. У девочки 7 лет через 5 нед. После перенесенной стрептококковой ангины появились лихорадка, мигрирующие боли и припухлость в суставах, шум трения перикарда.

Заключение:

- А. Ревматоидный артрит.
- Б. Мигрирующий полиартрит.
- В. Системная красная волчанка.
- Г. Острый ревматизм.

4. Клеточный состав узелков Ашоффа не включает в себя:

- А. Лимфоциты.
- Б. Нейтрофилы.
- В. Макрофаги.
- Г. Плазматические клетки.
- Д. Клетки Аничкова.

5. Для строения "цветущих" гранул при ревматическом миокардите не характерно наличие.

- А. Фибриноидного некроза.
- Б. Клеток Ашоффа.

В. Клеток Аничкова.
Г. Известковых образований.
Д. Лимфоцитов и макрофагов.

6. В группу ревматических болезней не входит.

А. Системная склеродермия.
Б. Системная красная волчанка.
В. Болезнь Шегрена.
Г. Болезнь Рейно.
Д. Ревматоидный артрит.

7. Клинико-морфологические особенности ревматических болезней:

А. Наличие очага хронической инфекции.
Б. Преимущественно острое течение.
В. Нарушение иммунного гомеостаза.
Г. Генерализованные васкулиты.
Д. Системное поражение соединительной ткани.
Е. Верно А, В, Г, Д. Ж.
Верно А, Б, Д. З.
Всё перечисленное верно

8. Какой из перечисленных пороков сердца наименее характерен для ревматизма:

А. Стеноз митрального отверстия.
Б. Недостаточность аортального клапана.
В. Стеноз устья аорты.
Г. Стеноз легочной артерии.

9. Женщина 25 лет с детства болела пороком митрального клапана. На фоне активного ревматизма у нее развилось нарушение мозгового кровообращения. Причины развития инсульта: А. Гипертонический криз.

Б. Атеросклеротическая окклюзия сосудов головного мозга.
В. Тромбоэмболия со створок клапана в сосуды головного мозга.
Г. Разрыв врожденной аневризмы сосуда.

10. Для ревматизма, кроме поражения сердца, характерны:

А. Поражение крупных суставов.
Б. Нодозная эритема.
В. Панкреатит.
Г. Поликистоз почек.
Д. Малая хорея.
Е. Верно А, В, Г. Ж.
Верно Б, В, Г, Д. З.
Верно А, Б, Д.

11. Мужчина 60 лет с детства имел кардиоваскулярную форму ревматизма, умер от хронической сердечно-сосудистой недостаточности. При патологоанатомическом исследовании наименее вероятно обнаружение

А. Стеноза митрального клапана.
Б. Диффузного мелкоочагового кардиосклероза.
В. Деформации и анкилоза суставов.
Г. «Мускатной» печени.

12. Для узелкового периартериита характерны:

А. Поражение артерий среднего и мелкого калибра.
Б. Аневризмы сосудов.
В. Стеатоз печени.
Г. Кровоизлияние в головной мозг.
Д. Эссенциальная гипертензия.

Е. Верно А, Б, В. Ж.
Верно В, Г, Д.

13. Для ревматоидного артрита не характерны:
А. Артрит 3-х или более суставов.
Б. Симметричный характер поражений.
В. Негнойный пролиферативный синовит.
Г. Неограниченность объема движения суставов.
Д. Ревматоидные узелки в коже.

14. Женщина 70 лет длительное время болела ревматоидным артритом. Умерла от хронической почечной недостаточности, обусловленной вторичным амилоидозом. При биопсии в суставе выявлены:

А. Луковицеобразные ворсины.
Б. Фиброзирующий паннус.
В. Гранулематозный синовит.
Г. Лимфомакрофагальная инфильтрация хряща.
Д. Примесь лейкоцитов в инфильтрате.
Е. Верно А, В, Д. Ж.
Верно В, Г, Д. З.
Верно А, Б, Г.

15. Осложнения ревматоидного артрита:

А. Вторичный амилоидоз.
Б. Хроническая язва желудка.
В. Синдром Рейтера.
Г. Анкилоз.
Д. Облитерирующий эндартериит.
Е. Верно А, Б, В. Ж.
Верно Б, В, Г. З. Верно А, Г, Д.

16. В патогенезе ревматоидного артрита основную роль играют:

А. Генетически обусловленная восприимчивость.
Б. Стрептококковая инфекция.
В. Аутоиммунные реакции в синовиальных оболочках.
Г. Травмы суставов.
Д. Вирус Эпштейна—Барр.
Е. Верно А, Б, В. Ж.
Верно А, В, Д. З.
Верно Б, Г.

17. Для ревматоидного артрита не характерны:

А. Негнойный пролиферативный синовит.
Б. Нодозная эритема.
В. Инфаркты ногтевого ложа.
Г. Костный анкилоз.

18. Для системной красной волчанки не характерно:

А. Васкулиты.
Б. Луковичный склероз артериол фолликулов селезенки.
В. Волчаночный гломерулонефрит.
Г. Полипозно-язвенный эндокардит.
Д. "красная бабочка" на коже лица.

19. Для склеродермии не характерны:

А. Маскообразность лица.
Б. Сотовое легкое.
В. Крупноочаговый кардиосклероз.

- Г. Серозно-фибринозный синовит.
- Д. Поражение сосудов почек.

20. Для поражения желудочно-кишечного тракта при системной склеродермии не характерны:

- А. Склероз подслизистого слоя.
- Б. Фиброз мышечного слоя.
- В. Гипертрофия слизистой оболочки.
- Г. Нарушение глотания и моторики.
- Д. Развитие синдрома мальабсорбции

21. Поражения кожи при системной склеродермии:

- А. Диффузная атрофия эпидермиса.
- Б. Образование узелковых утолщений.
- В. Язвы и некрозы в коже.
- Г. Васкулиты с пролиферацией интимы.
- Д. Уплотнение и малоподвижность.
- Е. Верно А, Г, Д. Ж.
- Верно А, В, Д. З.
- Верно Б, В.

22. Для болезни Шегрена не характерно:

- А. Ксеростомия.
- Б. Ксерофтальмия.
- В. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит.
- Г. Аутоиммунный паротит.

23. У пожилой женщины недавно выявлены ксеростомия, ксерофтальмия и кератоконъюнктивит. При микроскопическом исследовании биоптата малых слюнных желез нижней губы обнаружено: А.

- Расширение выводных протоков.
- Б. Инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками.
- В. Атрофия ацинусов.
- Г. Лимфоэпителиальные островки.
- Д. Известковые камни в протоках.
- Е. Верно А, Б, В. Ж.
- Верно В, Г, Д. З.
- Верно А, Б.

24. Типичные осложнения дерматомиозита:

- А. Гломерулонефрит.
- Б. Бронхопневмония.
- В. Кахексия.
- Г. Анкилоз.
- Д. Портальная гипертензия.
- Е. Верно Б, В. Ж.
- Верно Г, Д. З.
- Верно А, Б.

25. Для выявления стадий дезорганизации соединительной ткани используют:

- А. Судан III.
- Б. Пикрофуксин.
- В. Реакцию Перлса.
- Г. Толуидиновый синий.
- Д. Гематоксилин и эозин.

26. Для какого ревматического миокардита характерно образование гранулем:

- А. Узелкового продуктивного.
- Б. Очагового экссудативного междуточного.

В. Диффузного экссудативного межлужочного.

27. Панкардитом называют поражение:

- А. Эндокарда.
- Б. Миокарда.
- В. Перикарда.
- Г. Эндокарда, миокарда и перикарда.
- Д. Эндокарда и миокарда.

28. Ревмокардитом называют поражение:

- А. Эндокарда.
- Б. Миокарда.
- В. Перикарда.
- Г. Эндокарда, миокарда и перикарда.
- Д. Эндокарда и миокарда.

29. Осложнением ревматизма не являются:

- А. Тромбоэмболический синдром.
- Б. Разрыв миокарда.
- В. Аритмии.
- Г. Пороки сердца.
- Д. Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность.

30. Назовите факторы, не имеющие значения для развития системной красной волчанки

- А. Инфекция.
- Б. Курение.
- В. Инсоляция.
- Г. Лекарственная непереносимость.
- Д. Генетические факторы.

2) Выступление с докладами:

- «Ревматизм»;
- «Системная красная волчанка»;
- «Приобретенные пороки сердца».

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Решить ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 1

Больной К., 67 лет, обратился с жалобами на слабость, снижение массы тела. Чувство тяжести в левом и правом подреберьях. При обследовании обнаружена гепатоспленомегалия, в периферической крови количество эритроцитов $2,7 \times 10^{12}$ /л; НЬ - 81 г/л, лейкоциты - $56,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 226×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: бласты - 48%, промиелоциты - 3%, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, базофилы - 9%.

Вопросы к ситуационной задаче № 1

1. Какое заболевание можно диагностировать на основании клинической картины и показателей анализа крови?
2. Назовите стадию заболевания, дайте ее определение и основные диагностические критерии.
3. Опишите изменения костного мозга и печени при данном заболевании.
4. Принципы лечения лейкозов.

Ситуационная задача № 2

Больная К., 67 лет, поступила в больницу ПО ПОВОДУ не поддающейся амбулаторному лечению пневмонии после ПОВТОРНЫХ ОРВИ. При обследовании выявлено увеличение печени, селезенки, шейных и парааортальных лимфатических узлов. Анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}$ /л; НЬ 105 г/л; лейкоциты - $77,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 212×10^9 /л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы

- 2%; сегментоядерные нейтрофилы -12%; пролимфоциты - 3%; лимфоциты - 83%.

Вопросы к ситуационной задаче № 2

1. Какое заболевание можно заподозрить у пациентки? Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?

2. Объясните причину увеличения лимфатических узлов, укажите их макроскопические особенности. С какими заболеваниями требуется проводить дифференциальный диагноз? Назовите диагностические критерии.

3. Объясните причину гепато- и спленомегалии, какие изменения печени позволяют подтвердить диагноз.

4. Объясните причину предрасположенности больной к вирусным и бактериальным инфекциям.

Ситуационная задача № 3

Больной П., 49 лет, поступил в клинику в связи с резкой болью в позвоночнике, возникшей при резком наклоне туловища. Из анамнеза известно, что последнее время нарастала слабость, утомляемость, периодически появлялась боль в позвоночнике. В общем анализе крови отмечается увеличение СОЭ до 70 мм/ч. в биохимическом анализе крови повышен уровень креатинина. В общем анализе мочи выявлена протеинурия.

Вопросы к ситуационной задаче № 3

1. Какие нужны исследования для проведения дифференциального диагноза?

2. Объясните причину болей в костях и частых патологических переломов при диагностированном заболевании.

3. Назовите критерии, позволяющие поставить правильный диагноз.

4. Укажите причины протеинурии и повышения уровня креатинина.

Ситуационная задача № 4

Больной Л., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на снижение массы тела, кожный зуд, увеличение шейных лимфатических узлов. При обследовании обнаружено увеличение шейных узлов только с одной стороны, другие группы лимфатических узлов и селезенка - без особенностей. В анализе крови признаки анемии, небольшой лейкоцитоз, лимфоцитопения, эозинофилия. СОЭ 25 мм/ч.

Вопросы к ситуационной задаче № 4

1. Перечислите вероятные причины увеличения лимфатических узлов.

2. Каким методом нужно воспользоваться для установления диагноза?

3. При гистологическом исследовании лимфатического узла обнаружены клетки Рид-Штернберга. О каком заболевании можно думать? Перечислите, какие еще изменения можно обнаружить при гистологическом исследовании.

4. Какая стадия заболевания диагностирована в данном случае?

5. Прогноз и принципы лечения данного заболевания.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется

	к практическим занятиям: учеб. пособие				
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ.

Тема 4.1. Новообразования мягких тканей.

Цель: Ознакомить с техникой проведения ИГХ исследования и подбором маркеров для диагностики опухолей мягких тканей.

Задачи:

Научить правильному подбору специфических маркеров для проведения диагностических мероприятий опухолей мягких тканей.

Обучающийся должен знать:

1. Дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей
2. Принципы лечения опухолей мягких тканей и их осложнений.

Обучающийся должен уметь: при необходимости комбинировать, либо, заменять на равноценные маркеры, используя разные составляющие при исследовании одного вида опухоли;

Обучающийся должен владеть: лабораторно-диагностическими технологиями, методикой исполнения ИГХ исследования, бережно пользоваться аппаратурой.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Место ИГХ в диагностике мягких опухолей тканей;
2. Тактика и комбинаторика при диагностике опухолей.

Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

2) Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

1. Наиболее редкий вариант невуса:

- а) голубой,
- б) пограничный,
- в) сложный,
- г) дермальный.

Выбрать один правильный ответ

2. Характерный гистологический признак диспластического невуса:

- а) значительное скопление меланина,
- б) распространение атипичных невусных клеток вдоль дермоэпидермального соединения,
- в) гнезда меланоцитов в дерме,
- г) гнезда меланоцитов в эпидермисе.

Выбрать один правильный ответ

3. Наиболее частая внекожная локализация меланомы:

- а) полость рта,
- б) пищевод,
- в) половые органы,
- г) сосудистая оболочка глаза.

Выбрать один правильный ответ

4. Наиболее значимый прогностический показатель при меланоме:

- а) количество пигмента,
- б) степень фиброза стромы,
- в) число фигур митоза,
- г) тип роста опухоли.

Выбрать все правильные ответы

5. Опухоли из элементов нейроглии:

- а) медуллобластома,
- б) менингиома,
- в) гемангиобластома,
- г) астроцитомы,
- д) эпендимомы.

Выбрать все правильные ответы

6. Гистологические варианты менингиомы:

- а) ангиоматозный,
- б) фиброзный,
- в) смешанный,
- г) миксопапиллярный,
- д) псаммоматозный.

Выбрать все правильные ответы

7. В центральную нервную систему часто метастазируют:

- а) рак головки поджелудочной железы,
- б) мальтома желудка,
- в) меланома кожи,
- г) светлоклеточный рак эндометрия,
- д) мелкоклеточная карцинома бронха.

Выбрать все правильные ответы

8. Гистологические типы шванномы:

- а) гемистоцитический,
- б) фасцикулярный,
- в) пилоцитарный,
- г) тип А по Антони,
- д) протоплазматический.

Выбрать все правильные ответы

9. Глиальные опухоли:

- а) астроцитомы,
- б) менингиомы,
- в) шваннома,
- г) олигодендроглиома,
- д) эпендимомы.

3) Практическая работа

Изучить макропрепараты и микропрепараты по теме:

Макропрепараты:

- Невринома слухового нерва.

- Меланома глаза.
- Меланома. Метастаз в головной мозг.

Микропрепараты:

- Невринома (неврилеммома, шваннома) (окраска гематоксилином и эозином)
- Мультиформная глиобластома (окраска по ван Гизон (микрорфуксином))
- Меланома кожи (окраска гематоксилином и эозином).

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.2. Новообразования кроветворной и лимфатической систем

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить морфологию основных заболеваний системы крови, разобраться в сущности процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфомах. Отметить цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкемических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных.

Задачи: Рассмотреть сущность процессов, развивающихся в кроветворных органах и тканях при гипо- и апластических анемиях, пернициозной анемии, агранулоцитозах, алейкии, острых и хронических лейкозах, неходжкинских злокачественных лимфогранулоцитозы, алейкии, острые и хронические лейкозы, неходжкинские злокачественные лимфомы, анемии. Обучить различать по морфологической картине цитоморфологические преобразования в костном мозге при гипо- и апластических анемиях, имеющие значение для их дифференциальной диагностики, понять очаговость этих процессов и их возможность перехода в лейкоз. В группе острых лейкозов охарактеризовать костный мозг в разгар заболевания, в период ремиссии и рецидива. Подчеркнуть отличие лейкемических инфильтратов от очагов экстрамедуллярного кроветворения. Проработать строение внутренних органов при острых и хронических лейкозах, знать их исходы и причины смерти больных. Разобраться в морфологической картине неходжкинских злокачественных лимфом, их исходах и причинах смерти больных. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией системы крови.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Разбор макро- и микропрепаратов:

Обязательные микро-, макропрепараты:

1. Изучить изменения костного мозга плоских и трубчатых костей при хронической постгеморрагической анемии по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Костный мозг при анемии". Обратить внимание на цвет и вид костного мозга плоских костей и диафизов трубчатых костей.
2. Изучить жировую дистрофию миокарда при анемии по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Жировая дистрофия миокарда". Обратить внимание на размеры сердца и полостей, консистенцию и цвет миокарда на разрезе; цвет поперечной исчерченности миокарда под эндокардом в области сосочковых мышц левого желудочка.
3. Изучить гемосидероз селезенки при гемолитической анемии по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Гемосидероз селезенки". Обратить внимание на размеры, консистенцию и цвет селезенки, состояние пульпы.
4. Изучить костный мозг при хроническом миелоидном лейкозе по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Костный мозг при хроническом миелоидном лейкозе". Обратить внимание на цвет и сочность костного мозга.

Микропрепараты:

1. Изучить лимфатические узлы при хроническом лимфоидном лейкозе по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Лимфатические узлы при хроническом лимфоидном лейкозе". Обратить внимание на размеры и цвет лимфатических узлов на разрезе, сохранность капсулы.
2. Изучить селезенку при лимфогранулематозе (болезни Ходжкина) по макроскопической картине. Описать макропрепарат "Селезенка при лимфогранулематозе". Обратить внимание на размеры, цвет и консистенцию органа, вид на разрезе.
3. Изучить лимфатический узел при лимфогранулематозе (болезни Ходжкина) по микроскопической картине. Описать микропрепарат "Лимфатический узел при лимфогранулематозе" (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на рисунок строения лимфатического узла; строение опухолевой ткани (локализация, размеры, форма, особенности опухолевых клеток и их ядер), вторичные изменения в ткани опухоли

2) Вопросы для собеседования.

1. Термины, используемые по теме «Гемобластозы. Анемии» в курсе патологической анатомии, и основные объекты, изучаемые патологоанатомом, методы патологоанатомического исследования.
2. Понятие об основных факторах риска развития гемобластозов и анемий.
3. Этиология и патогенез гемобластозов и анемий
4. Номенклатура и классификации гемобластозов и анемий.
5. Осложнения, причины смерти и патоморфоз заболеваний.
6. Характерные морфологические отличия основных типов гемобластозов и анемий, принципы дифференциальной морфологической диагностики.

3) Практическая работа.

Изучение причин, патогенеза, и значения для организма основных видов гемобластозов и анемий.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

НОВООБРАЗОВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМ

Выберите один или несколько правильных вариантов ответа.

1. В мазке крови обнаружены: макроцитоз, эритроциты с тельцами Жолли, гиперсегментированные нейтрофилы, снижение количества тромбоцитов. Заключение — анемия: а) мегалобластная, б) гемолитическая, в) железодефицитная, г) постгеморрагическая.
2. Причины гемолитической анемии:
 - а) гемосидероз печени,
 - б) отравление соединениями свинца,
 - в) введение пенициллина,
 - г) долгие пешие переходы,
 - д) сфероцитоз.
3. У больного анемией развилась желтуха, в крови 10 % ретикулоцитов, в биоптатах печени и костного мозга диффузные отложения гемосидерина. Указанные признаки характерны для анемии:
 - а) железодефицитной,
 - б) В12-фолиеводефицитной,
 - в) гемолитической,
 - г) апластической.
4. Признак железодефицитной анемии:
 - а) снижение числа ретикулоцитов в периферической крови,
 - б) увеличение размеров эритроцитов,
 - в) резкое уменьшение содержания гемосидерина в костном мозге,

- г) гиперхромия эритроцитов,
- д) дефицит фолиевой кислоты.

5. Для апластической анемии характерны:

- а) панцитопения,
- б) увеличение числа ретикулоцитов,
- в) склонность к кровотечениям,
- г) редукция гемопоэза,
- д) склонность к инфекциям.

6. У ребенка 6 лет заболевание началось с лихорадки, петехиальных высыпаний на коже, в периферической крови 30×10^9 /л лейкоцитов, из них 60 % лимфоциты.

Заключение:

- а) хронический лимфолейкоз, бластный криз,
- б) лимфогранулематоз,
- в) лимфобластная лимфома,
- г) острый лимфобластный лейкоз.

7. Морфологическая картина острого миелоидного (миелобластного) лейкоза:

- а) "пиоидный" костный мозг,
- б) спленомегалия (6 кг), 405в) умеренная гепатомегалия,
- г) "лейкемический провал" в формуле крови,
- д) язвенно-некротические изменения в желудке и кишечнике.

8. Признак острого монобластного лейкоза:

- а) гиперплазия десен с изъязвлениями,
- б) редукция гемопоэза,
- в) лейкомоидная реакция,
- г) не менее 80 % клеток в костном мозге — моноциты.

9. У больного 50 лет в периферической крови картина цитопении с макроцитозом. В костном мозге количество клеток увеличено, эритропоэз с признаками мегалобластоидности. Гранулоциты двуядерные или с двудольчатыми ядрами, цитоплазма базофильна. Количество вторичных гранул снижено. Активность миелопероксидазы снижена. Большое количество микромегака-риоцитов. Бласты локализируются в центральных отделах лакун. В костном мозге количество бластов 15 %. Заключение — анемия:

- а) В12-дефицитная,
- б) мегалобластная,
- в) рефрактерная с избытком бластов,
- г) железосодержащая,
- д) гемолитическая.

10. Миелопролиферативные заболевания (хронические):

- а) хронический миелолейкоз,
- б) миелофиброз,
- в) истинная полицитемия,
- г) миеломная болезнь,
- д) эссенциальная тромбоцитемия.

Рекомендуемая литература

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.3. Новообразования органов дыхания

Цель занятия: ознакомление с методом биопсийной диагностики бронхов и легких, выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала бронхов и легких.

Задачи: Объяснить работу с учетно-отчетной медицинской документацией по биопсийному разделу работ патологоанатомического отделения.

Обучающийся должен знать: *методы прижизненной морфологической диагностики болезней бронхов и легких; иметь представление о методе биопсийной диагностики бронхолегочных заболеваний.*

Обучающийся должен уметь: *подготовить и направить операционный и биопсийный материал на гистологическое исследование, оформить специальный бланк направления на патогистологическое исследование (форма 014/у),*

Обучающийся должен владеть навыками *оценки и анализа результатов гистологического исследования полученного биопсийного материала.*

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Вопросы для собеседования на занятии:

1. Виды раков легких;
2. Диагностика раков легких;
3. Диагностика обструктивных состояний

2) Практическая работа.

Подготовка презентаций по актуальным вопросам медицины

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся:

1) Изучение макропрепаратов:

Макропрепараты

Изучите и опишите следующие макропрепараты. Используйте схему для описания макропрепаратов.

1. Бронхоэктазы. Обратите внимание на резкое расширение и деформацию просветов бронхов. Отметить какой вид приобретают расширенные бронхи, описать состояние окружающей ткани.
2. Антракоз легкого. Обратите внимание на величину, цвет, консистенцию легкого.

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

3) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. К хронической обструктивной болезни легких относится все ниже перечисленное, кроме:

- а) хронический бронхит,
- б) эмфизема легких,
- в) бронхоэктазы,
- г) абсцесс легкого,
- д) бронхиальная астма.

2. При длительном существовании бронхоэктазов может развиваться:

- а) первичный амилоидоз,
- б) вторичный амилоидоз,
- в) старческий амилоидоз,
- г) гиалиноз,
- д) верно а и в.

3. В результате каких изменений в легких развивается гипертензия малого круга кровообращения и хроническое легочное сердце:

- а) бронхопневмония,
- б) пневмосклероз,
- в) эмфизема легких,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

4. Какие изменения легких способствуют развитию бронхоэктазов:

- а) крупозная пневмония,
- б) хронический бронхит,
- в) интерстициальная пневмония,
- г) эмфизема легких,
- д) гипертензия малого круга кровообращения.

5. Формой бронхиальной астмы является:

- а) интерстициальная БА,
- б) атопическая БА,
- в) инфекционно-аллергическая БА,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

6. Для астматического приступа характерно:

- а) коллапс легкого,
- б) эмфизема легкого,
- в) очаговые ателектазы,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

7. При астматическом приступе в воспалительном инфильтрате в стенках бронхов преобладают:

- а) нейтрофилы,
- б) лимфоциты,
- в) эозинофилы,
- г) макрофаги,
- д) эритроциты.

9. Для фиброзного хронического бронхита характерно:

- а) некротические изменения,
- б) опухолевые изменения,
- в) кровоизлияния,
- г) воспалительные процессы,
- д) фибропластические процессы.

10. Бронхоэктазы по форме могут быть:

- а) треугольные,
- б) кистовидные,
- в) веретенообразные,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

11. По механизму образования бронхоэктазы могут быть:

- а) деструктивные,
- б) ретенционные,
- в) ателектатические,
- г) верно а и б,
- д) верно а, б и в.

12. Легкое при бронхоэктатической болезни называется:

- а) «сальное»,
- б) «сотовое»,
- в) «саговое»,
- г) «пестрое»,
- д) «большое красное».

13. Хроническая обструктивная болезнь легких приводит к развитию:

- а) гипертрофии правого желудочка,
- б) гипертрофии левого желудочка,
- в) гипертрофии левого предсердия,
- г) дилатации левого желудочка,
- д) дилатации левого предсердия.

14. Какие изменения наиболее часто возникают в легком вокруг бронхоэктазов:

- а) фокусы воспаления,
- б) фиброз,
- в) амилоидоз,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

15. Разновидностями эмфиземы легких являются все нижеперечисленные, кроме

- а) хроническая диффузная обструктивная эмфизема легких,
- б) хроническая очаговая эмфизема легких,
- в) продуктивная эмфизема легких,
- г) викарная эмфизема легких,
- д) межуточная эмфизема легких.

16. Атопическая бронхиальная астма наблюдается:

- а) при воздействии аллергенов,

- б) у больных с острыми и хроническими бронхолегочными заболеваниями,
- в) при воздействии антител,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

17. Для астматического приступа характерно:

- а) гнойные пробки в просветах бронхов и бронхиол,
- б) слизистые пробки в просветах бронхов и бронхиол,
- в) кровь в просветах бронхов и бронхиол,
- г) воздух в просветах бронхов и бронхиол,
- д) инородное тело в просветах бронхов и бронхиол.

18. При астматическом приступе в бронхах микроскопически обнаруживают все ниже перечисленное, кроме:

- а) кровоизлияния
- б) утолщение базальной мембраны эпителия,
- в) увеличение субэпителиальных слизистых желез,
- г) утолщение гладкомышечного слоя,
- д) отек и воспалительная инфильтрация.

4) Решить ситуационные задачи:

Задача 1

Больной И., 57 лет, умер от острого инфаркта миокарда. На вскрытии обнаружены: острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка сердца; легкие резко увеличены в объеме, повышенной воздушности, бледно-розового цвета (гистологически - ацинусы увеличены, начиная с уровня респираторных бронхиол и заканчивая терминальными альвеолами, стенки альвеол истончены, отмечается гипертрофия и гиперэластоз замыкательных пластинок), имеются признаки хронического бронхита; правый желудочек сердца резко расширен, толщина его стенки 0,8 см.

Вопросы:

- 1) Какой патологический процесс имеет место в легких (помимо хронического бронхита)?
- 2) Какая это разновидность описанного патологического процесса в легких?
- 3) С чем связан патогенез и морфогенез патологического процесса в легких?
- 4) Как называется изменение правого желудочка сердца и с чем оно связано?

Задача 2

Больная К., 78 лет, умерла от кровоизлияния в мозг. На вскрытии обнаружены: внутримозговая гематома в правой височно-теменной области; легкие: стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов (гистологически - в стенках бронхов определяется разрастание грануляционной ткани, выступающей в просвет бронхов в виде полипов), верхние доли обоих легких бледно-розовые, повышенной воздушности; во всех отделах легких отмечаются множественные тяжи соединительной ткани.

Вопросы:

- 1) Какой патологический процесс описан в бронхах?
- 2) Какие еще патологические процессы описаны в легких и каков генез их развития?

Задача 3

Больной С., 48 лет, длительное время страдал хроническим бронхитом, умер от прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии: ткань легких имеет мелкоячеистое строение (гистологически: расширение просветов бронхов, в стенках которых отмечается хроническое воспаление, склероз, слизистая бронхов представлена многослойным плоским эпителием, перибронхиально - явления фиброза); сердце - толщина стенки правого желудочка 1,0 см, дилатация полостей сердца; селезенка и почки имеют «сальный» вид (гистологически в селезенке и почках определяется специфическое зеленое свечение при поляризационной микроскопии препаратов, окрашенных конго красным).

Вопросы:

- 1) Какой патологический процесс описан в легких?
- 2) Как иначе называется описанная макроскопическая картина поражения легких?
- 3) Почему в бронхах обнаружен многослойный плоский эпителий, и как называется данный

патологический процесс?

4) Какой патологический процесс описан в сердце, и каков его генез?

5) Какой патологический процесс описан в селезенке и почках?

Задача 4

Больной В. 51 г., умер при нарастающих явлениях мозговой комы с прогрессирующим отеком головного мозга. На вскрытии: в правом полушарии головного мозга полость диаметром до 3 см, заполненная гноем (стенка полости представлена 3-мя слоями); легкие - участками повышенной воздушности, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностями разрезов, просветы бронхов местами расширены, заполнены слизью, ткань легких с множественными прослойками соединительной ткани. Гистологически: бронхи - разрастания грануляционной ткани, переходящие со слизистого на подслизистый и мышечный слои, склероз стенок; просветы альвеол резко расширены, стенки их истончены, выпрямлены, замыкательные пластинки имеют вид «булавовидных» утолщений за счет гипертрофии гладкомышечных клеток; выражены перибронхиальный и периваскулярный склероз.

Вопросы:

1) Какие патологические процессы описаны в легких?

2) Каково общее, объединяющее название описанных в легких патологических процессов?

3) Какой патологический процесс описан в головном мозге?

4) Чем гистологически представлены 3 слоя описанной полости в головном мозге?

5) С чем связано развитие патологического процесса в головном мозге?

Рекомендуемая литература

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-

	материала				
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.4. Новообразования органов пищеварения

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научиться определять этиологию, патогенез, знать патологическую анатомию, осложнения, исходы и причины смерти больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, раке желудка, аппендиците, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, раке кишечника.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия болезней желудочно-кишечного тракта между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов пищеварения.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

1. Определение, этиологию, пато- и морфогенез острого и хронического гастритов.
2. Определение, этиологию, патогенез, патологическую анатомию, осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
3. Определение, классификацию, патологическую анатомию рака желудка.
4. Определение, этиологию, классификацию, патологическую анатомию острого аппендицита.
5. Определение, этиологию, классификацию, патологическую анатомию, осложнения неспецифического язвенного колита и болезни Крона.

2) Участие в научно-практической дискуссии по вопросам клинической и фундаментальной медицины по теме «Заболевания органов пищеварения – расплата за урбанизацию»

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Выбрать все правильные ответы

1. Микроскопические признаки катарального гастрита:
 - а) умеренный отек,
 - б) небольшая гиперемия,
 - в) единичные лейкоциты в собственной пластинке слизистой оболочки,
 - г) сохранность поверхностной выстилки,
 - д) точечные кровоизлияния.
2. Микроскопические признаки тяжелой формы острого гастрита:
 - а) язвы с плотными краями,
 - б) эрозии слизистой оболочки,

- в) очаговые кровоизлияния,
- г) лейкоциты выше базальной мембраны,
- д) очаги десквамации поверхностного эпителия.

3. Патогенез пернициозной анемии у больного аутоиммунным гастритом:

- а) прекращение выработки HCl,
- б) продукция антител к *Helicobacter pylori*,
- в) продукция антител к париетальным клеткам,
- г) продукция антител к внутреннему фактору,
- д) разрушение желез и атрофия слизистой оболочки.

4. Хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, характеризуется:

- а) поражением антрального отдела,
- б) лимфоплазмоцитарной инфильтрацией,
- в) метаплазией,
- г) множественными эрозиями,
- д) увеличением митотической активности эпителия шеечных отделов желез.

5. Изменения эпителия при хроническом гастрите:

- а) атрофия,
- б) дисплазия,
- в) кишечная метаплазия,
- г) гиперплазия,
- д) атипия.

6. Женщина 43 лет, болевшая циррозом печени, умерла от постгеморрагической анемии. Возможные источники кровотечения:

- а) вены пищевода,
- б) аневризма грудного отдела аорты,
- в) вены матки, г) вены кардии желудка,
- д) аневризма брюшного отдела аорты.

7. Этиологические факторы эзофагита:

- а) хронический гастрит,
- б) рефлюкс желудочного содержимого в пищевод,
- в) химические ожоги,
- г) лечение большими дозами антибиотиков,
- д) уремия. Выбрать все правильные ответы

8. Гистологические признаки пищевода Барретта:

- а) кишечная метаплазия,
- б) желудочная метаплазия,
- в) метаплазия эпителия,
- г) гиперплазия эпителия.

9. Края хронической язвы желудка:

- а) проксимальный и дистальный пологие,
- б) проксимальный пологий,
- в) проксимальный подрыв,
- г) дистальный пологий,
- д) дистальный подрыв.

10. Осложнения хронической язвы желудка:

- а) кровотечение,
- б) перфорация,
- в) стеноз и непроходимость желудка,
- г) гастроптоз,

д) малигнизация.

3) Решить ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Больной Ц., 49 лет, на протяжении нескольких лет отмечал периодически рецидивирующие боли в эпигастрии. Настоящее ухудшение состояния наступило 3 дня назад, когда после погрешностей в диете появились интенсивные боли в эпигастрии, тошнота, рвота, вздутие живота. На протяжении последующих 3-х дней отмечал периодическое рецидивирование болей в животе; нарастали явления интоксикации. Поступил в стационар в крайне тяжелом состоянии, умер при нарастающих явлениях эндотоксикоза. На вскрытии: в брюшной полости около 1,5 л желто-зеленоватой, вязкой жидкости; брюшина тусклая, гиперемирована, с множественными пленками фибрина, пропитанными зеленоватой, вязкой жидкостью; на передней стенке желудка отверстие диаметром 1,2 см (со стороны слизистой оболочки желудка - утолщение краев дефекта).

Вопросы:

- 1) Какое заболевание имело место у больного?
- 2) Какая это стадия заболевания?
- 3) Какие осложнения развились?

Ситуационная задача 2

У больного С., 52 лет, умершего от острого инфаркта миокарда, на вскрытии обнаружено: острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка сердца (давностью около 7-10 сут); на слизистой оболочке желудка множественные округлые дефекты диаметром от 0,3 до 1 см (микроскопически: часть дефектов проникает в мышечный слой, вокруг них в окружающих тканях - воспалительная инфильтрация; часть других дефектов располагается в пределах слизистой оболочки, воспалительный инфильтрат вокруг них отсутствует).

Вопросы:

- 1) Как называются описанных дефекты слизистой оболочки желудка?
- 2) Каков генез образования этих дефектов?
- 3) Чем опасно образование этих дефектов слизистой оболочки желудка для больного?

Ситуационная задача 3

Больная Б., 65 лет умерла от острого инфаркта миокарда. На вскрытии: острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка с разрывом и гемиперикардом; в брюшной полости около 3 л прозрачной, слегка желтоватой жидкости; на слизистой оболочке желудка в области передней стенки тела желудка - мягкое, белесовато-серое образование в форме блюдца, диаметром до 7 см, прорастающее все слои стенки желудка, с распадом в центре; в печени - множественные округлые очаги распадающейся белесовато-серой ткани. Микроскопически: образование желудка представлено группами причудливых желез с признаками тканевого и клеточного атипизма. **Вопросы:**

- 1) Какое заболевание желудка имело место у больной?
- 2) Какая это макроскопическая и микроскопическая форма описанного заболевания желудка?
- 3) Как называются описанные образования в печени?
- 4) Как называется описанное скопление жидкости в брюшной полости?

Ситуационная задача 4

Больной К., 25 лет, заболел остро: появились боли в правой подвздошной области, тошнота, однократная рвота. Через 1,5 ч после поступления в стационар больной был прооперирован. На операции обнаружен увеличенный червеобразный отросток (диаметром до 1,2 см) ярко-красного цвета, с тусклой серозной оболочкой, который был удален. Микроскопически: отмечается отек стенки червеобразного отростка, очаговые кровоизлияния, диффузная инфильтрация нейтрофилами.

Вопросы: 1) Какое заболевание имело место у больного?

- 2) Какая это форма заболевания?
- 3) Какие другие формы данного заболевания Вы знаете?
- 4) Назовите осложнения данного заболевания.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.5. Новообразования органов мочевыделительной системы

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить общую характеристику и классификацию болезней почек, этиологию и патогенез гломерулопатий, тубулопатий, морфологическую характеристику, осложнения и их исходы. Знать морфологическую характеристику приобретенных и наследственных гломеруло- и тубулопатий. Дать понятие о пиелонефрите, хронической почечной недостаточности.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия ревматических заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией почек.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Разбор макро- и микропрепаратов:

Макропрепараты:

1. Подострый гломерулонефрит - описать внешний вид почки, величину, консистенцию, цвет на поверхности и на разрезе; обратить внимание на цвет и наличие красного крапа в корковом слое.

2. Нефросклероз - описать внешний вид почки, величину, консистенцию, цвет на поверхности и на разрезе, состояние слоев.

Микропрепараты:

1. Амилоидоз почки - найти участки отложения амилоида, обратить внимание на локализацию отложений, состояние канальцев почки.

2. Вторично-сморщенная почка (нефросклероз) - обратить внимание на склероз и гиалиноз большинства клубочков, на состояние оставшихся клубочков (с признаками гипертрофии), на наличие и характер изменений в канальцах, артериолах, мелких и средних артериях, строме почки.

2) Вопросы для собеседования.

1. Изучить этиологию, патогенез, морфологическую характеристику, осложнения и исходы болезней почек.

2. Определение, этиологию, патологическую анатомию острой и хронической почечной недостаточности.

3. Определение, этиологию, классификацию, патологическую анатомию, нефротического синдрома.

4. Определение, классификацию, патологическую анатомию опухолей печени.

3) Подготовка презентаций по актуальным вопросам медицины:

«Заболевание почек как вариант осложнения некоторых болезней»;

«Амилоидоз почек – как финальная стадия не правильной жизни»

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Решить ситуационные задачи:

Ситуационная задача 1

У больного К., 38 лет, в течение последних 2-х мес. Отмечается быстрое и прогрессирующее снижение функции почек с развитием тяжелой олигурии. Заболевание развилось после перенесенной тяжелой стрептококковой ангины, отмечалась нарастающая протеинурия, диспротеинемия, гиперлипидемия, артериальная гипертензия. Выполнена пункционная биопсия почек. Микроскопическая картина биоптата: образование характерных клеточных фигур-полулуний, которые облитерируют пространство между капсулой и капиллярным клубочком, нити фибрина между слоями клеток в полулуниях, дистрофические и некробиотические изменения эпителия канальцев. Вопросы: 1) Какое заболевание почек имело место? 2) Какой это морфологический тип описанного заболевания почек (по данным микроскопической картины)? 3) Прогноз описанного заболевания?

Ситуационная задача 2

Больной П., 9 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, красный цвет мочи, резкое снижение количества мочи, выделяемой за сутки. Заболел через 3 недели после перенесенной стрептококковой ангины. При обследовании в стационаре: количество мочи за сутки - 600 мл; анализ мочи: эритроциты - 25-30 в поле зрения, цилиндры, белок; анализ крови: снижение количества общего белка, повышение мочевины, креатинина, остаточного азота. Выполнена пункционная биопсия почек. В биоптате микроскопически: клубочки резко увеличены за счет пролиферации и набухания эндотелиальных клеток, в просветах капиллярных петель - нейтрофилы; в строме - отек, дистрофия эпителия канальцев, в просветах канальцев - цилиндры из эритроцитов.

Вопросы:

1) Какое заболевание почек имело место?

2) Какой это морфологический тип описанного заболевания почек (по данным микроскопической картины)?

3) Прогноз описанного заболевания?

Ситуационная задача 3

Больной В., 5 лет, поступил в стационар на обследование. В моче - значительное количество белка (более 5 г/сут); в крови - гипоальбуминемия (уровень альбумина в плазме крови менее 3 г/100 мл); отеки; из

анамнеза жизни: некоторое время назад профилактическая прививка. Выполнена пункционная биопсия почек. В биоптате микроскопически: при световой микроскопии - клубочки интактны (гистологически нормальные клубочки), в клетках проксимальных канальцев - липиды; при электронной микроскопии - отмечается упрощение архитектуры эпителиальных клеток с распластыванием и набуханием ножек отростков (т.н. исчезновение ножек отростков); при иммунофлюоресцентной микроскопии депозиты иммуноглобулинов или комплемента не выявляются.

Вопросы:

- 1) Какой синдром имеет место у больного?
- 2) Какое заболевание почек вызвало данный синдром?
- 3) Какие еще заболевания могут вызвать данный синдром?
- 4) Прогноз описанного заболевания?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.6. Новообразования органов мужской и женской половой сферы

ЦЕЛЬ: знание вопросов темы, для формирования клинического мышления при изучении заболеваний мужской и женской половой системы.

Изучить общую морфологическую характеристику и классификацию заболеваний женской половой сферы; изучить общую морфологическую характеристику и классификацию заболеваний мужской

половой сферы.

ЗАДАЧИ: Освоить патологические особенности новообразований органов женской и мужской половой сфер.

Обучающийся должен знать: морфологическую характеристику и классификацию заболеваний женской половой сферы, мужской половой сферы, заболевания, связанные с беременностью

Обучающийся должен уметь: патоморфологически уметь выявлять, идентифицировать новообразования органов женской и мужской половой сфер.

Обучающийся должен владеть: навыками постановки диагноза у лиц с болезнями гениталий и патологическими изменениями во время беременности.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Изучение патологии, вызванной воспалением,
2. Изучение патологии, вызванной нарушением гормонального состояния,
3. Изучение патологии, вызванной новообразованиями

2) Представление презентаций по актуальным вопросам медицины:

1. «Мужское бесплодие»
2. «Женское бесплодие»
3. «Дисгормональные и предопухолевые состояния мужской и женской половой сферы»

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

3. Повторить соответствующие разделы нормальной анатомии, физиологии и гистологии, общей патологии (воспаления, метаболические нарушения, опухоли)
 4. Знать определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с женской половой сферой.
3. Уметь давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

2) Изучение макро-и микропрепаратов:

Макропрепараты.

Изучите и опишите следующие макропрепараты. Используйте схему для описания макропрепаратов.

1. Рак молочной железы. Описать макропрепарат «Рак молочной железы». Обратить внимание на размеры молочной железы и вид опухолевых разрастаний в ней.
2. Железистая гиперплазия эндометрия. Описать макропрепарат «Железистая гиперплазия эндометрия». Обратить внимание на размеры матки, Толщину, цвет и очаговые изменения слизистой оболочки матки.
3. Септический эндометрит. Описать макропрепарат «Септический эндометрит». Обратить внимание на размеры и консистенцию матки, толщину, консистенцию и цвет ее слизистой оболочки.

Основные микропрепараты:

1. Железистая гиперплазия эндометрия. Описать микропрепарат железистая гиперплазия эндометрия. Обратить внимание на толщину слизистой оболочки, количество, размеры и форму желез, высоту и митотическую активность эпителия желез. Клеточность и кровенаполнение сосудов стромы.
2. Аденокарцинома матки. Описать микропрепарат «аденокарцинома матки». Обратить внимание на расположение, форму и строение желез во фрагментах слизистой оболочки; размеры и форму клеток и ядер, митотическую активность клеток желез, развитие и кровенаполнение сосудов стромы; вторичные изменения в тканях опухоли; сгустки крови в препарате.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.7. Новообразования эндокринных желез и АПУД-системы

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Узнать этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры. Получить понятие о дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты, болезни бери-бери, спру.

Задачи: Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию заболеваний гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, околощитовидных желез, поджелудочной железы. Иметь понятие о патологии эндокринного аппарата половых желез, полигландулярной недостаточности. Обучить давать их классификацию, морфологическую характеристику, знать осложнения, исходы, диагностировать их по макро- и микроскопической картине. Изучить микро- и макропрепараты по данным темам. Рассмотреть этиологию, патогенез, патологическую анатомию, исходы рахита, цинги, ксерофтальмии, пеллагры.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов эндокринной системы.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать

ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования.

Что из себя представляют АПУД-омы?

2) Участие в научно-практической дискуссии по вопросам клинической и фундаментальной медицины «Диагностика нейроэндокринных опухолей (АПУДОМ)»

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Описать макропрепараты:

- Описать макропрепарат "Кавернозная гемангиома" (окраска гематоксилином и эозином). Обратить внимание на строение опухоли, капсулу, состояние ткани.
- Описать макропрепарат "Лейомиома матки" Обратить внимание на строение опухоли капсулу.
- Описать микропрепарат "Липома". Обратить внимание на строение опухоли.

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка сопоставление и клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ.

Тема 4.8. Новообразования кожи.

Цель: Показать разные виды опухолей визуальной локализации (кожи от невусов до меланом). Опухоли кожи относятся к опухолям, для обнаружения которых специальная аппаратура не требуется. Достаточно

внимательно осмотреть пациента.

Задачи: Научить осматривать возможные места локализации новообразований кожи.

Обучающийся должен знать: возможные места нахождения и появления опухолей, встречающихся поверхностно и доступных визуальному осмотру.

Обучающийся должен уметь: отличать по внешнему виду доброкачественное образование на коже от злокачественного по характерным признакам.

Обучающийся должен владеть: диагностическими приемами при подозрении на новообразование кожи.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Вопросы для собеседования:

8. Рак кожи: общая характеристика
9. Понятие об облигатном предраке кожи
10. Клиническая картина и диагностика эпителиальных опухолей кожи
11. Патологоанатомические признаки базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи
12. Дифференциальный диагноз новообразований кожи.

2) Тестовый контроль:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какой рак является раком эпидермального происхождения?

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| а | диффузный рак | |
| б | Базальноклеточный рак | + |
| в | тубулярный рак | |
| г | коллоидный рак | |
| д | железистый рак с солидизацией | |

2.Какая опухоль является производной нейроэктодермы?

- | | | |
|---|------------------|---|
| а | фибросаркома | |
| б | рабдомиобластома | |
| в | меланома | + |
| г | синовиома | |
| д | гибернома | |

3.Какой из перечисленных факторов оказывает наибольшее влияние на темп роста злокачественной опухоли?

- | | | |
|---|---------------------------------|---|
| а | локализация опухоли | |
| б | пол пациента | |
| в | степень дифференцировки опухоли | + |
| г | состояние окружающей среды | |
| д | сопутствующие заболевания | |

4.Заразен ли рак?

- | | | |
|---|---|---|
| а | заразен | |
| б | не заразен | + |
| в | не установлено | |
| г | зависит от локализации опухоли | |
| д | зависит от степени дифференцировки рака | |

5. Какой из признаков более всего указывает на злокачественность процесса?

- | | | |
|---|---|---|
| а | тип роста опухоли | |
| б | мономорфизм клеток | |
| в | множество патологических митозов | + |
| г | наличие макрофагальных инфильтратов в опухоли | |
| д | наличие плазмочитарных инфильтратов в опухоли | |

6. Варианты комбинированного лечения меланомы вульвы?

- | | | |
|---|--|---|
| а | операция и адъювантная химиотерапия | |
| б | операция и адъювантная лучевая терапия | |
| в | операция и лечебная химиотерапия | + |
| г | операция и лучевая терапия | |
| д | лучевая терапия и операция | |

7. Заболеваемость меланомой кожи

- | | | |
|---|--|---|
| а | остаётся неизменной | |
| б | увеличивается | + |
| в | уменьшается | |
| г | увеличивается в детском возрасте | |
| д | увеличивается только в средних широтах | |

8. На какое расстояние при иссечении пигментного невуса следует отступать от его края?

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| а | на 0,5 см | |
| б | на 1,0 см | + |
| в | на 2,0 см | |
| г | на 3,0 см | |
| д | граница иссечения не имеет значения | |

9. Какая толщина меланомы кожи классифицируется как pT1?

- | | | |
|---|--------------|---|
| а | на 0,75 см | + |
| б | на 1,5 см | |
| в | более 1,5 см | |
| г | до 4,0 см | |
| д | более 4,0 см | |

10. Для радикального иссечения меланомы кожи конечностей и туловища следует отступать от ее наружного края?

- | | | |
|---|-----------------|---|
| а | не менее 0,5 см | |
| б | не менее 1,0 см | |
| в | не менее 2,0 см | |
| г | не менее 3,0 см | + |
| д | не менее 5,0 см | |

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью ответов на контрольные вопросы:

Контрольные вопросы:

1. Доброкачественные эпителиальные опухоли. Их локализация и разновидности;
2. Злокачественные эпителиальные опухоли (раки). Разновидности раков;
3. Способы подтверждения эпителиальной природы опухоли.

3) Рассмотреть, описать и зарисовать макро- и микропрепараты:

Макропрепараты:

- *Папиллома кожи.*
- *Хорионэпителиома.*

Микропрепараты:

- *Папиллома кожи (окраска гематоксилином и эозином).*
- *Плоскоклеточный ороговевающий рак кожи (окраска гематоксилином и эозином).*

Рекомендуемая литература:**Основная литература:**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ**Тема 4.9. Новообразования нервной системы**

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить особенности роста опухолей нервной и меланинообразующей тканей, тератом и тератобластом согласно принципам классификации этих опухолей; научиться различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Задачи: Получить знания об особенностях роста опухолей согласно принципам классификации, уметь различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Обучающийся должен знать:

- до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
- после изучения темы. Определение, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы опухолей из меланинообразующей и нервной ткани;

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа:**1) Вопросы для собеседования.**

1. Определение и классификация опухолей из тканей – меланинпродуцирующей ткани, нейроэктодермы.

2. Макро-, микроскопические особенности, локализацию доброкачественных опухолей меланинообразующей ткани.

3. Макро-, микроскопические особенности, локализацию злокачественных опухолей меланинообразующей ткани.

4. Макро-, микроскопические особенности, локализацию доброкачественных опухолей нервной ткани.

5. Макро-, микроскопические особенности, локализацию злокачественных опухолей нервной ткани.

2) Практическая работа.

2.1. Выступление с презентациями:

«Меланома»;

«Опухоли головного мозга»

2.2. Изучить и описать МАКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

- *Глиобластома.*
- *Невринома слухового нерва.*
- *Меланома глаза.*

2.3. Раскрасить и описать МИКРОПРЕПАРАТЫ по схеме.

- *Меланома кожи (окраска гематоксилином и эозином).*
- *Мультиформная глиобластома (окраска по ван Гизон (пикрофуксином)).*
- *Невринома (неврилеммома, шваннома) (окраска гематоксилином и эозином)*

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Работа с печатными и электронными источниками информации

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента

3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 4. ОНКОМОРФОЛОГИЯ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

Тема 4.10. Новообразования костной и хрящевой ткани

Цель: разобрать новообразования костной и хрящевой тканей

Задачи: научить разбираться в опухолях костной и хрящевой ткани, патоморфозе, прогнозе.

Обучающийся должен знать: патологию костной и хрящевой ткани,

Обучающийся должен уметь: давать клинико-морфологическую характеристику этим опухолям;

Обучающийся должен владеть: методами верификации данных новообразований

Разновидность занятия: комбинированное

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

Самостоятельная аудиторная работа:

Рассмотреть, описать и зарисовать макро- и микропрепараты:

Макропрепараты: Самостоятельно рассмотреть препарат «Костная мозоль на месте перелома»;

Микропрепарат: Самостоятельно рассмотреть и зарисовать препарат «Гиалиновый хрящ».

2) Контрольные вопросы

1. Развитие хрящевых тканей (хондрогистогенез). Регенерация.
2. Прямой остеогенез (развитие костной ткани из мезенхимы).
3. Непрямой остеогенез (развитие костной ткани на месте хряща).
4. Регенерация кости

3) Тестовый контроль:

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. Компонент ткани, необходимой для правильной (завершенной) регенерации эпидермиса и эпителия внутренних органов:

- а) кровеносные сосуды,
- б) лимфатические сосуды,
- в) базальная мембрана,
- г) нервные волокна,
- д) стволовые клетки.

2. Процесс реализации генетически обусловленной программы формирования специализированного фенотипа:

- а) пролиферация,
- б) метаплазия,
- в) гиперплазия,
- г) дифференцировка.

3. По отношению к клеточному циклу клетки разных тканей делятся на:

- а) лабильные,
- б) мобильные,
- в) стабильные,
- г) неизменные.

4. Популяция или линия однопрофильных (дифференцированных в одном и том же направлении)

клеток, потомков одной стволовой клетки, образует:

- а) клон,
- б) дифферон,
- в) ткань.

5. *Нейроэндокринные клетки осуществляют:*

- а) экспрессию предшественников аминов,
- б) декарбоксилирование солей серебра,
- в) поглощение предшественников аминов,
- г) экспрессию солей серебра,
- д) декарбоксилирование предшественников аминов.

6. *Покоящиеся (стабильные) клетки:*

- а) гепатоциты,
- б) фибробласты,
- в) клетки уротелия мочевого пузыря,
- г) эндотелиальные клетки,
- д) нейроны.

7. *Неделяющиеся (перманентные) клетки:*

- а) клетки эпидермиса,
- б) нейроны,
- в) клетки эпителия почечных канальцев,
- г) каемчатые энтероциты,
- д) кардиомиоциты.

8. *Функции циклинкиназных комплексов:*

- а) фосфорилирование белков, участвующих в репликации ДНК,
- б) формирование митотического веретена,
- в) продукция интегринов,
- г) продукция кадгеринов,
- д) продукция селектинов.

9. *Эпидермальный фактор роста:*

- а) является митогеном для эпителиальных клеток,
- б) является митогеном для фибробластов,
- в) синтезируется эозинофилами,
- г) обнаруживается только в желудочно-кишечном тракте,
- д) является митогеном для эпителиоидных клеток.

10. *Фибронектин:*

- а) низкомолекулярный гликопротеин,
- б) вырабатывается многими клетками,
- в) важнейший адгезивный гликопротеин,
- г) обеспечивает тургор мягких тканей.

11. *Ламинин:*

- а) гликопротеин базальных мембран,
- б) важнейший адгезивный гликопротеин,
- в) крупномолекулярный гликопротеин,
- г) стимулятор ангиогенеза.

12. *Повышение числа клеток в органе или ткани, приводящее к увеличению объема органа или ткани:*

- а) гипертрофия,
- б) гиперфункция,
- в) гиперплазия.

13. *К физиологической гиперплазии относятся:*

- а) увеличение в 10 раз по сравнению с исходной толщины эндометрия в пролиферативной фазе менструального цикла,
- б) увеличение объема железистых структур и количества glanduloцитов в молочной железе при беременности,
- в) компенсаторное возмещение гепатоцитов в зоне гепатэктомии,
- г) утолщение соединительной ткани и увеличение числа фибробластов при избыточной фиброплазии в ходе формирования рубца,
- д) обильная пролиферация фибробластов, эндотелия и гладкомышечных клеток при репарации.

14. *Возможность гиперплазии в клеточной популяции определяется ее способностью к:*

- а) синтезу факторов роста,
- б) синтезу ДНК,
- в) дифференцировке,
- г) продукции цитокинов.

15. *Морфологические проявления гипертрофии:*

- а) гранулы липофусцина в цитоплазме,
- б) гиперхромия,
- в) вакуолизация цитоплазмы,
- г) увеличение объема клеток.

16. *Атрофия клеток и ткани сопровождается накоплением:*

- а) гемосидерина,
- б) липопротеинов,
- в) меланина,
- г) липофусцина.

17. *Исходы железистой гиперплазии эндометрия:*

- а) атрофия эндометрия,
- б) обратное развитие,
- в) метаплазия эндометрия,
- г) малигнизация.

18. *Патологическая гипертрофия возможна в:*

- а) головном мозге,
- б) сердце,
- в) легких,
- г) селезенке,
- д) мочевом пузыре.

19. *Уменьшение в объеме клеток, тканей и органов, сопровождающееся снижением их функции:*

- а) гипоплазия,
- б) атрофия,
- в) агенезия.

20. *Причины атрофии:*

- а) гормональная стимуляция,
- б) прекращение гормональной стимуляции,
- в) давление на ткань,
- г) недостаточное кровоснабжение,
- д) недостаточная функциональная нагрузка,
- е) старение.

21. *При кахексии отмечают:*

- а) плоскоклеточная метаплазия бронхов,

- б) бурая атрофия миокарда,
- в) гидронефроз,
- г) липофуциноз печени,
- д) атрофия коры головного мозга.

22. *Замещение одной дифференцированной ткани на другую дифференцированную ткань в пределах одного гистона:*

- а) трансформация,
- б) дисплазия,
- в) метаплазия,
- г) анаплазия.

23. *Эпидермизация встречается при:*

- а) хроническом бронхите,
- б) дефиците витамина А,
- в) эндоцервикозе,
- г) крупозной пневмонии.

24. *К причинам метаплазии относят:*

- а) недостаточную функциональную нагрузку,
- б) хроническое воспаление,
- в) дефицит витамина А,
- г) нарушение баланса половых гормонов,
- д) нарушение иннервации.

Установить соответствие

8. Клетки:

- 1) эпидермиса,
- 2) кардиомиоциты,
- 3) костного мозга,
- 4) нейроны,
- 5) гепатоциты,
- 6) фибробласты.

Способность к пролиферации:

- а) лабильные,
- б) стабильные,
- в) неизменные,

Ответы: 1,2,3,4,5,6.

5) Решить ситуационные задачи:

Задача № 1

Больная С., 57 лет. Госпитализирована по поводу патологического перелома проксимального отдела бедренной кости. Из анамнеза: 10 лет назад по поводу рака молочной железы больной проводилось комбинированное лечение, по прошествии 2 лет дважды повторное лечение в связи с местными рецидивами в послеоперационном рубце. Больная страдает тяжелым ревматическим митрально-аортальным пороком с выраженной недостаточностью кровообращения, легочной гипертензией и нарушением ритма сердца. Ей показано протезирование клапанов сердца, но операция не производилась из-за наличия онкологической патологии. На рентгенограмме проксимального отдела правой бедренной кости выявлен солитарный метастаз. Какие дополнительные методы обследования показаны больной?

Можно ли считать возраст больной и наличие тяжелого сопутствующего заболевания противопоказанием для оперативного лечения?

Какая дальнейшая тактика лечения может быть предложена больной?

Задача № 2

Больной Д., 67 лет. За два года до обращения к врачу начали беспокоить боли в области левого плечевого сустава, спустя полтора года появилась припухлость, которая достаточно быстро увеличивалась. При обследовании: в верхней трети плеча определяется плотная, неподвижная по отношению к кости, умеренно болезненная при пальпации, не спаянная с кожей опухоль размером 15 на 20 см. Активные и пассивные движения в плечевом суставе резко ограничены. Пульсация плечевой артерии хорошо определяется. Неврологических расстройств нет. Функция кисти предплечья и локтевого сустава не нарушены. В легких признаков метастазов нет.

Какой предположительный диагноз у больного?

Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза?

Какой план лечения?

Задача № 3

Больная Б., 27 лет. За месяц до поступления в больницу больной амбулаторно проводилась интенсивная физиотерапия. Произошел патологический перелом бедренной кости. В травматологическом отделении в течение 3-х недель проводилось скелетное вытяжение. Клинически выявляется небольшая опухоль дистального отдела бедра без четких границ. На рентгенограммах: на фоне остеолитического очага с мелкоочаговой структурой по его периферии со сглаженными контурами определяется патологический перелом бедренной кости. В легких – без очаговых изменений. Произведена трепан-биопсия. Морфологический диагноз: остеогенная саркома, менее вероятно злокачественная остеобластокластома.

1. Нужно ли проводить адъювантную терапию?

2. Какова хирургическая тактика лечения больной?

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Подготовка реферата на тему: «Влияние гормональных факторов на структуру костей во взрослом организме и процессы резорбции кости».

4) Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.1. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний. Пункционная биопсия в

диагностике заболеваний печени

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить этиологию и патогенез, знать патологическую анатомию болезней печени, желчного пузыря и уметь различать их, руководствуясь морфологической характеристикой.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия заболеваний печени между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

3. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
4. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией печени и желчевыводящих путей.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся

1) Тестовый контроль:

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. *Клетки печени, участвующие в накоплении и метаболизме витамина А:*

- а) гепатоциты,
- б) звездчатые клетки (клетки Ито),
- в) звездчатые ретикулоэндотелиоциты (купферовские клетки),
- г) эндотелиальные клетки,
- д) фибробласты портальных трактов.

2. *Макровезикулярный стеатоз может наблюдаться при:*

- а) вирусном гепатите С,
- б) алкогольной болезни,
- в) ожирении,
- г) вирусном гепатите В,
- д) сахарном диабете.

3. *Появление воспалительного инфильтрата в печени:*

- а) регенерация,
- б) цирроз,
- в) гепатома,
- г) дистрофия,
- д) гепатит.

4. *Изменение окраски кожи, склер, серозных и слизистых оболочек внутренних органов в результате увеличения концентрации билирубина в сыворотке крови — это:*

- а) меланоз,
- б) витилиго, в) желтуха,
- г) цианоз,
- д) невус.

5. *Наследственная гипербилирубинемия встречается при синдроме:*

- а) Криглера—Найяра тип I,
- б) Жильбера,
- в) Криглера—Найяра тип II,
- г) Пейтца—Йегерса,

д) Даби на—Джонсона.

6. *Печеночно-клеточная недостаточность люжет развиться при:*

- а) микровезикулярном стеатозе,
- б) массивном некрозе гепатоцитов,
- в) остром воспалении печени,
- г) циррозе печени,
- д) хроническом воспалении печени.

7. *Морфологические изменения при циррозе печени:*

- а) нарушение структуры печени,
- б) узлы-регенераты из гепатоцитов,
- в) мостовидные фиброзные септы,
- г) пролиферация звездчатых клеток (клеток Ито),
- д) изменение сосудистой сети печени.

8. *Причины смерти больных вирусным циррозом печени:*

- а) тромбоз легочной артерии,
- б) печеночно-клеточная недостаточность,
- в) осложнения портальной гипертензии,
- г) гепатоцеллюлярная карцинома,
- д) генерализованная инфекция.

9. *Синтез коллагена активированными миофибробластами начинается в результате:*

- а) разрушения внеклеточного матрикса,
- б) прямой стимуляции токсинами,
- в) апоптоза звездчатых клеток (клеток Ито),
- г) продукции цитокинов гепатоцитами,
- д) продукции цитокинов клетками инфильтрата.

10. *Проявления портальной гипертензии:*

- а) кровотечение из вен пищевода,
- б) застойная спленомегалия,
- в) асцит,
- г) расширение вен передней брюшной стенки,
- д) кровоизлияние в головной мозг.

И.И. биоптате печени 65-летнего мужчины с желтухой выявлены выраженный холестааз, пенистый вид цитоплазмы гепатоцитов и озера желчи. Заключение:

- а) цирроз печени,
- б) обструкция желчных путей,
- в) синдром Жильбера,
- г) вирусный гепатит В,
- д) вирусный гепатит С.

12. *При гепаторенальном синдроме у больного вирусным циррозом печени в биоптате почки можно обнаружить:*

- а) фокальный некроз клубочков,
- б) пролиферативный гломерулонефрит,
- в) некротический нефроз,
- г) обычную гистологическую картину,
- д) интерстициальный нефрит.

13. *Мужчина 50 лет в течение 20 лет страдает алкогольным циррозом печени с развитием синдромов портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности. Для этого больного характерен симптом:*

- а) гипоальбуминемии,

- б) тромбоцитоза,
- в) гипогаммаглобулинемии,
- г) гирсутизма,
- д) увеличенного уровня тестостерона в крови.

14. Часто вызывает фульминантное течение гепатита вирус гепатита:

- а) А,
- б) В,
- в) С, г) D, Д) Е.

15. Характеристика вирусного гепатита А:

- а) доброкачественное циклическое течение,
- б) фекально-оральный путь передачи,
- в) низкая смертность,
- г) развитие цирроза печени,
- д) пожизненный иммунитет.

16. Характеристика вирусного гепатита В:

- а) вертикальный путь передачи,
- б) мелкие размеры вируса с дефектной РНК,
- в) длительная персистенция вируса в организме,
- г) формирование носительства,
- д) парентеральный путь передачи.

17. Характеристика вирусного гепатита С:

- а) парентеральный путь передачи,
- б) отсутствие эффективного иммунитета,
- в) низкая частота развития цирроза печени,
- г) высокая частота хронизации,
- д) нетяжелое клиническое течение.

18. Характеристика вирусного гепатита D:

- а) низкая частота хронизации,
- б) встречается у гомосексуалистов,
- в) трансформирует гепатит В в фульминантную форму,
- г) встречается у больных гемофилией,
- д) развивается печеночно-клеточная карцинома.

19. В биоптате печени мужчины 38 лет с острым вирусным гепатитом В обнаружены:

- а) гидропическая дистрофия гепатоцитов,
- б) инфильтрат в паренхиме и портальных трактах,
- в) расширение портальных трактов за счет фиброза,
- г) апоптозные тельца (тельца Каунсильмена),
- д) сливающиеся и/или мостовидные некрозы гепатоцитов.

20. В биоптате печени женщины 40 лет с хроническим вирусным гепатитом В мягкого течения обнаружены:

- а) сохраненное дольковое и балочное строение,
- б) перипортальный фиброз,
- в) инфильтрат в портальных трактах,
- г) выраженный холестаз,
- д) апоптозные тельца (тельца Каунсильмена).

21. В биоптате печени мужчины 25 лет с хроническим вирусным гепатитом С обнаружены:

- а) макровезикулярный стеатоз гепатоцитов,
- б) формирование лимфоидных фолликулов в портальных трактах,

- в) сливающиеся и/или мостовидные некрозы гепатоцитов,
- г) апоптозные тельца (тельца Каунсильмена),
- д) расширение портальных трактов за счет фиброза.

22. *Макроскопическая характеристика алкогольного стеатоза печени:*

- а) увеличение размеров органа,
- б) мягкая консистенция,
- в) гладкая поверхность,
- г) желтый цвет,
- д) множество округлых очагов в паренхиме.

2) Вопросы для собеседования.

1. В каких случаях выполняется биопсия печени?
2. Пункционная биопсия печени как один из достоверных методов диагностики.

3) Выступления с докладами:

- «Алкоголизм»;
- «Гепатиты»;
- «Опухоли печени и желчного пузыря»;
- «Цирроз печени. Осложнения».

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Работа с печатными и электронными источниками информации

3) Решить ситуационные задачи:

Задача 1.

Больной 60 лет в течение 30 лет страдает хроническим алкоголизмом. При обследовании печень плотная, поверхность бугристая. На передней брюшной стенке вены расширены, пальпируется селезенка. Выполнена биопсия печени.

В биоптате обнаружены:

- а) мономорфные мелкие узлы-регенераты,
- б) широкие септы со сближенными триадами,
- в) макровезикулярный стеатоз гепатоцитов,
- г) лейкоцитарный инфильтрат в строме,
- д) тельца Маллори в гепатоцитах.

Задача 2.

Женщину 50 лет в течение 10 мес беспокоят кожный зуд, быстрая утомляемость. В сыворотке крови уровни трансаминаз незначительно повышены, значительно увеличено количество щелочной фосфатазы, высокие титры антимитохондриальных антител. При обследовании обструкция желчных путей не выявлена. Выполнена биопсия печени.

В биоптате обнаружены:

- а) гранулематозный холангит,
- б) матовостекловидные гепатоциты,
- в) уменьшение количества желчных протоков,
- г) инфильтрация портальных трактов.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС

1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным эксудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.2. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний почек

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить общую характеристику и классификацию болезней почек, этиологию и патогенез гломерулопатий, тубулопатий, морфологическую характеристику, осложнения и их исходы. Знать морфологическую характеристику приобретенных и наследственных гломеруло- и тубулопатий. Дать понятие о пиелонефрите, хронической почечной недостаточности.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия почечных заболеваний между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
2. после изучения темы. Определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией почек.

Обучающийся должен уметь: Описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы;

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Разбор макро- и микропрепаратов

Макропрепараты.

Подострый гломерулонефрит - описать внешний вид почки, величину, консистенцию, цвет на поверхности и на разрезе; обратить внимание на цвет и наличие красного крапа в корковом слое.

Нефросклероз - описать внешний вид почки, величину, консистенцию, цвет на поверхности и на разрезе, состояние слоев.

Микропрепараты.

Подострый (экстракапиллярный) гломерулонефрит - обратить внимание на характерные изменения нефротелия капсулы клубочка (найти полулуния), на состояние сосудистого клубочка, на наличие и характер изменений в канальцах.

Амилоидоз почки - найти участки отложения амилоида, обратить внимание на локализацию отложений, состояние канальцев почки.

Вторично-сморщенная почка (нефросклероз) - обратить внимание на склероз и гиалиноз большинства клубочков, на состояние оставшихся клубочков (с признаками гипертрофии), на наличие и характер изменений в канальцах, артериолах, мелких и средних артериях, строме почки.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Работа с печатными и электронными источниками информации

3) Решить ситуационные задачи:

Ситуационная задача 1

У больного К., 38 лет, в течение последних 2-х мес. Отмечается быстрое и прогрессирующее снижение функции почек с развитием тяжелой олигурии. Заболевание развилось после перенесенной тяжелой стрептококковой ангины, отмечалась нарастающая протеинурия, диспротеинемия, гиперлипидемия, артериальная гипертензия. Выполнена пункционная биопсия почек. Микроскопическая картина биоптата: образование характерных клеточных фигур-полулуний, которые облитерируют пространство между капсулой и капиллярным клубочком, нити фибрина между слоями клеток в полулуниях, дистрофические и некробиотические изменения эпителия канальцев.

Вопросы: 1) Какое заболевание почек имело место? 2) Какой это морфологический тип описанного заболевания почек (по данным микроскопической картины)? 3) Прогноз описанного заболевания?

Ситуационная задача 2

Больной П., 9 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, красный цвет мочи, резкое снижение количества мочи, выделяемой за сутки. Заболел через 3 недели после перенесенной стрептококковой ангины. При обследовании в стационаре: количество мочи за сутки - 600 мл; анализ мочи: эритроциты - 25-30 в поле зрения, цилиндры, белок; анализ крови: снижение количества общего белка, повышение мочевины, креатинина, остаточного азота. Выполнена пункционная биопсия почек. В биоптате микроскопически: клубочки резко увеличены за счет пролиферации и набухания эндотелиальных клеток, в просветах капиллярных петель - нейтрофилы; в строме - отек, дистрофия эпителия канальцев, в просветах канальцев - цилиндры из эритроцитов.

Вопросы: 1) Какое заболевание почек имело место? 2) Какой это морфологический тип описанного заболевания почек (по данным микроскопической картины)? 3) Прогноз описанного заболевания?

Ситуационная задача 3

Больной В., 5 лет, поступил в стационар на обследование. В моче - значительное количество белка (более 5 г/сут); в крови - гипоальбуминемия (уровень альбумина в плазме крови менее 3 г/100 мл); отеки; из анамнеза жизни: некоторое время назад профилактическая прививка. Выполнена пункционная биопсия почек. В биоптате микроскопически: при световой микроскопии - клубочки интактны (гистологически нормальные клубочки), в клетках проксимальных канальцев - липиды; при электронной микроскопии - отмечается упрощение архитектуры эпителиальных клеток с распластыванием и набуханием ножек отростков (т.н. исчезновение ножек отростков); при иммунофлюоресцентной микроскопии депозиты иммуноглобулинов или комплемента не выявляются.

Вопросы: 1) Какой синдром имеет место у больного? 2) Какое заболевание почек вызвало данный синдром? 3) Какие еще заболевания могут вызвать данный синдром? 4) Прогноз описанного заболевания?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.3. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний других органов.

Цель занятия: выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала.

Задачи: объяснить основные требования к биоптатам опухолей. Дать понять значение исследования операционного материала в диагностике онкологических заболеваний.

Обучающийся должен знать: *методы прижизненной морфологической диагностики.*

Обучающийся должен уметь: *описать операционный материал при макроскопическом исследовании,*

Обучающийся должен владеть: *навыками оценки и анализа результатов гистологического исследования биопсийного материала.*

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Вопросы для собеседования:

1. Изучение вопросов темы, для формирования клинического мышления при изучении заболеваний мужской и женской половой системы

2. Изучить этиологию, патогенез и патологическую анатомию воспалительных, дисгормональных состояний женской и мужской половой сферы

2) Разбор микро-, макропрепаратов:

Макропрепараты:

Изучите и опишите следующие макропрепараты. Используйте схему для описания макропрепаратов.

1. Рак молочной железы. Описать макропрепарат «Рак молочной железы». Обратить внимание на размеры молочной железы и вид опухолевых разрастаний в ней.

2. Железистая гиперплазия эндометрия. Описать макропрепарат «Железистая гиперплазия эндометрия». Обратить внимание на размеры матки, Толщину, цвет и очаговые изменения слизистой оболочки матки

Основные микропрепараты:

Изучите, зарисуйте и опишите следующие микропрепараты.

1. Неинвазивный рак молочной железы. Обратить внимание на расположение атипичного эпителия, содержимое протоков; размеры и форму клеток и ядер, митотическую активность клеток, сохранность базальной мембраны.

2. Железистая гиперплазия эндометрия. Описать микропрепарат железистая гиперплазия эндометрия. Обратить внимание на толщину слизистой оболочки, количество, размеры и форму желез, высоту и митотическую активность эпителия желез. Клеточность и кровенаполнение сосудов стромы.

3. Эндоцервикоз. Описать микропрепарат «эндоцервикоз». Обратить внимание на характер эпителия, покрывающего слизистую оболочку влагалищной части шейки матки; разрастание под покровным эпителием желез, напоминающих маточные железы. Локализацию и клеточный состав инфильтрата.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

1. В НОРМЕ ВЛАГАЛИЩЕ ВЫСТЛАНО ЭПИТЕЛИЕМ

1) переходным

2) цилиндрическим

3) многослойным плоским

2. СЛОИ ЭНДОМЕТРИЯ

1) базальный

2) компактный

3) спонгиозный

4) функциональный

3. ВО ВРЕМЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТКА ТЕРЯЕТ

1) весь эндометрий

2) наружную часть эндометрия

4. ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) поздние первые роды
- 2) раннее начало половой жизни
- 3) неспособность к деторождению
- 4) хронические инфекции полового тракта
- 5) половые связи с многочисленными партнерами

5. ФАКТОРЫ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

- 1) поздние первые роды
- 2) раннее начало половой жизни
- 3) неспособность к деторождению
- 4) хронические инфекции полового тракта
- 5) половые связи с многочисленными партнерами

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) инфекции
- 2) эндокринные нарушения
- 3) опухолевые трансформации
- 4) осложнения беременности и родов

7. ЭНДОМЕТРИЙ И МИОМЕТРИЙ ОБЛАДАЮТ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ИНФЕКЦИИ

БЛАГОДАРЯ

- 1) секрету, вырабатываемому железами эндометрия
- 2) активной физиологической смене эпителиальных клеток
- 3) защитному барьеру эндоцервикса (кристеллеровской пробке)

8. САМОЙ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ТЕЛА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фибромиома
- 2) лейомиосаркома
- 3) полип эндометрия

9. ТИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ, ДАЮЩИЕ НАЧАЛО ПОЛИПАМ

- 1) атрофический
- 2) функционирующий
- 3) гиперпластический

10. ФОРМЫ РОСТА ФИБРОМИОМЫ

- 1) диффузная
- 2) субсерозная
- 3) субмукозная
- 4) полипообразная
- 5) интрамуральная
- 6) трансмуральная

11. МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИБРОМИОМЫ

- 1) округлой формы
- 2) серо-белого цвета
- 3) волокнистого вида
- 4) массивных размеров
- 5) с четкими границами
- 6) с обширными участками некрозов и кровоизлияний

12. СОСТОЯНИЯ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

- 1) гиперплазия эндометрия
- 2) хроническая HPV-инфекция
- 3) длительное лечение эстрогенами
- 4) множественные фибромиомы матки
- 5) эстрогенсекретирующие опухоли яичника

13. МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗИСТОЙ

ГИПЕРПЛАЗИИ

- 1) рыхлый
- 2) утолщенный
- 3) легко отторгается
- 4) губчатого вида, темно-красного цвета

14. ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИТ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) острым
- 2) подострым
- 3) повторным
- 4) возвратным
- 5) хроническим

15. ВИДЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

- 1) гнойное
- 2) серозное
- 3) фибринозное
- 4) дифтеритическое
- 5) гнилостное
- 6) катаральное
- 7) геморрагическое
- 8) слизисто-гнойное

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.4. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний легких

Цель занятия: ознакомление с методом биопсийной диагностики бронхов и легких, выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала бронхов и легких.

Задачи: Объяснить работу с учетно-отчетной медицинской документацией по биопсийному разделу работ патологоанатомического отделения.

Обучающийся должен знать: *методы прижизненной морфологической диагностики болезней бронхов и легких, иметь представление о методе биопсийной диагностики бронхолегочных заболеваний.*

Обучающийся должен уметь: *подготовить и направить операционный и биопсийный материал на гистологическое исследование, оформить специальный бланк направления на патогистологическое исследование (форма 014/у),*

Обучающийся должен владеть навыками *оценки и анализа результатов гистологического исследования полученного биопсийного материала.*

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Вопросы для собеседования

- 1) дать определение хроническим обструктивным и рестриктивным заболеваниям;
- 2) изложить вопросы этиологии и патогенеза хронического бронхита, бронхоэктазов, эмфиземы легких, бронхиальной астмы;
- 3) различать формы хронического бронхита по микроскопической картине;
- 4) различать формы бронхоэктазов макроскопически;
- 5) охарактеризовать изменения в легких при различных видах эмфиземы легких;
- 6) охарактеризовать изменения в легких при бронхиальной астме;
- 7) проанализировать осложнения и причины смерти при хронических обструктивных и рестриктивных заболеваниях;
- 8) охарактеризовать этиологию, патогенез и патоморфологию рака легкого;
- 9) различать отдельные формы рака легкого на макро- и микроуровне;
- 10) проанализировать осложнения и причины смерти при раке легкого.

2) Практическая работа.

Разбор макропрепаратов:

- 1.Центральный рак легкого. Описать локализацию опухоли, ее цвет, состояние слизистой оболочки бронха, связанного с опухолью, состояние окружающей ткани.
2. Бронхоэктазы. Обратить внимание на резкое расширение и деформацию просветов бронхов. Отметить какой вид приобретают расширенные бронхи, описать состояние окружающей ткани.

Разбор микропрепаратов:

- 1.Бронхоэктазы. Обратить внимание на строение стенки бронхоэктаза: состояние эпителия, базальной мембраны, подслизистого и мышечного слоев; отметить клеточный состав инфильтрата; состояние сосудов и окружающей легочной ткани.
2. Рак легкого. Обратить внимание на признаки тканевого и клеточного атипизма, отметить инвазию атипичных клеток в стенку бронхов и перибронхиальную ткань

Самостоятельная внеаудиторная работа:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Закрепить материал с помощью тестового контроля:

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Для хронического катарального бронхита характерно все ниже перечисленное, кроме:
 - а) гиперсекреция слизи,
 - б) отек и клеточная инфильтрация слизистой,

- в) кальциноз подслизистого слоя,
- г) склероз подслизистого слоя,
- д) участки метаплазии эпителия.

2. Бронхоэктазы по форме могут быть:

- а) мешотчатые,
- б) цилиндрические,
- в) овальные, г) верно а и б,
- д) верно б и в.

3. По механизму образования бронхоэктазы могут быть:

- а) мешотчатые,
- б) ретенционные,
- в) деструктивные,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

4. Развитие хронической обструктивной эмфиземы легких связано с:

- а) недостаточностью $\alpha 1$ -антитрипсина,
- б) избытком $\alpha 1$ -антитрипсина,
- в) недостаточностью инсулина,
- г) недостаточностью внутреннего фактора Кастла,
- д) избытком внутреннего фактора Кастла.

5. Хроническая обструктивная болезнь легких приводит к развитию:

- а) гипертензии малого круга кровообращения,
- б) гипертензии большого круга кровообращения,
- в) внутричерепной гипертензии,
- г) портальной гипертензии,
- д) верно б и г.

6. Хроническое легочное сердце развивается при:

- а) ишемической болезни сердца,
- б) гипертонической болезни,
- в) хронической обструктивной болезни легких,
- г) атеросклерозе аорты,
- д) цереброваскулярных заболеваниях.

7. При хроническом бронхите в стенке бронха развивается:

- а) эмфизема,
- б) склероз,
- в) хроническое воспаление,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

8. В аллергических реакциях при бронхиальной астме принимают участие:

- а) Ig A,
- б) Ig B,
- в) Ig G,
- г) Ig D,
- д) Ig E.

9. Инфекционно-аллергическая бронхиальная астма наблюдается:

- а) при воздействии аллергенов,
- б) у больных с острыми и хроническими бронхолегочными заболеваниями,
- в) при воздействии антител,
- г) верно а и б,

д) верно б и в.

10. При астматическом приступе в слизи под микроскопом обнаруживают:

- а) спирали Куршмана,
- б) рисовые тельца,
- в) кристаллы Шарко-Лейдена,
- г) верно а и б,
- д) верно а и в.

11. Для хронического гранулирующего бронхита характерно:

- а) образование грануляционной ткани,
- б) образование язв на слизистой оболочке,
- в) гнойное воспаление,
- г) геморрагическое воспаление,
- д) фибринозное воспаление.

12. Бронхоэктазы по форме могут быть:

- а) веретенообразные,
- б) овальные,
- в) четкообразные,
- г) верно а и б,
- д) верно а и в.

13. По механизму образования бронхоэктазы могут быть:

- а) деструктивные,
- б) ателектатические,
- в) сегментарные,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

14. К хронической обструктивной болезни легких относится все ниже перечисленное, кроме:

- а) хронический бронхит,
- б) эмфизема легких,
- в) бронхоэктазы,
- г) абсцесс легкого,
- д) бронхиальная астма.

15. При длительном существовании бронхоэктазов может развиваться:

- а) первичный амилоидоз,
- б) вторичный амилоидоз,
- в) старческий амилоидоз,
- г) гиалиноз, д) верно а и в.

16. В результате каких изменений в легких развивается гипертензия малого круга кровообращения и хроническое легочное сердце:

- а) бронхопневмония,
- б) пневмосклероз,
- в) эмфизема легких,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

17. Какие изменения легких способствуют развитию бронхоэктазов:

- а) крупозная пневмония,
- б) хронический бронхит,
- в) интерстициальная пневмония,
- г) эмфизема легких,
- д) гипертензия малого круга кровообращения.

18. Формой бронхиальной астмы является:

- а) интерстициальная БА,
- б) атопическая БА,
- в) инфекционно-аллергическая БА,
- г) верно а и б,
- д) верно б и в.

19. Для астматического приступа характерно:

- а) коллапс легкого,
- б) эмфизема легкого,
- в) очаговые ателектазы,
- г) верно а и б, д) верно б и в.

20. При астматическом приступе в воспалительном инфильтрате в стенках бронхов преобладают: а)

- а) нейтрофилы,
- б) лимфоциты,
- в) эозинофилы,
- г) макрофаги,
- д) эритроциты

3) Решить ситуационные задачи:

Задача 1

Больной И., 57 лет, умер от острого инфаркта миокарда. На вскрытии обнаружены: острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка сердца; легкие резко увеличены в объеме, повышенной воздушности, бледно-розового цвета (гистологически - ацинусы увеличены, начиная с уровня респираторных бронхиол и заканчивая терминальными альвеолами, стенки альвеол истончены, отмечается гипертрофия и гиперэластоз замыкательных пластинок), имеются признаки хронического бронхита; правый желудочек сердца резко расширен, толщина его стенки 0,8 см.

Вопросы:

- 1) Какой патологический процесс имеет место в легких (помимо хронического бронхита)?
- 2) Какая это разновидность описанного патологического процесса в легких?
- 3) С чем связан патогенез и морфогенез патологического процесса в легких?
- 4) Как называется изменение правого желудочка сердца и с чем оно связано?

Задача 2

Больная К., 78 лет, умерла от кровоизлияния в мозг. На вскрытии обнаружены: внутримозговая гематома в правой височно-теменной области; легкие: стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов (гистологически - в стенках бронхов определяется разрастание грануляционной ткани, выступающей в просвет бронхов в виде полипов), верхние доли обоих легких бледно-розовые, повышенной воздушности; во всех отделах легких отмечаются множественные тяжи соединительной ткани.

Вопросы:

- 1) Какой патологический процесс описан в бронхах?
- 2) Какие еще патологические процессы описаны в легких и каков генез их развития?

Задача 3

Больной С., 48 лет, длительное время страдал хроническим бронхитом, умер от прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии: ткань легких имеет мелкоячеистое строение (гистологически: расширение просветов бронхов, в стенках которых отмечается хроническое воспаление, склероз, слизистая бронхов представлена многослойным плоским эпителием, перибронхиально - явления фиброза); сердце - толщина стенки правого желудочка 1,0 см, дилатация полостей сердца; селезенка и почки имеют «сальный» вид (гистологически в селезенке и почках определяется специфическое зеленое свечение при поляризационной микроскопии препаратов, окрашенных конго красным).

Вопросы:

- 1) Какой патологический процесс описан в легких?

- 2) Как иначе называется описанная макроскопическая картина поражения легких?
 3) Почему в бронхах обнаружен многослойный плоский эпителий, и как называется данный патологический процесс?
 4) Какой патологический процесс описан в сердце, и каков его генез?
 5) Какой патологический процесс описан в селезенке и почках?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: Учебник	Струков А.И.	М.: Литтерра, 2012	3	Имеется
2	Патологическая анатомия	Зайратьянц О.В	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	Имеется
3	Онкология	М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие	Зайратьянц О.В	испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	Имеется
2	Клиническая лабораторная диагностика. В 2 томах.	ред.: В.В. Долгов, В. В. Меньшиков	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013	2	Имеется
3	Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие	Шабалова И.П., Полонская Н.Ю.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	-	ЭБС Консультант врача
4	Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала	М. А. Пальцев, Г. А. Франк, П. Г. Мальков	М.: "Медицина", 2011	1	-
5	Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам	Н.Н. Волченко, О.В. Борисова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	-	ЭБС Консультант врача

РАЗДЕЛ 5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Тема 5.5. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта

Цель практического занятия: ознакомление с методом биопсийной диагностики, выработка навыков оценки результатов морфологического исследования биопсийного и операционного материала. Научиться определять этиологию, патогенез, знать патологическую анатомию, осложнения, исходы и причины смерти больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, раке желудка, аппендиците, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, раке кишечника.

Задачи: Дать определение болезни, патоморфоза заболеваний, их классификации и номенклатуры. Объяснить основные различия болезней желудочно-кишечного тракта между собой и с другими патологическими процессами.

Обучающийся должен знать:

– до изучения темы: термины, соответствующие разделы нормальной анатомии и гистологии;
– после изучения темы: определения, терминологию, причины развития, макро- и микроскопическое строение, изменение функции органов, исходы процессов, связанных с патологией органов пищеварения; иметь представление о методе биопсийной диагностики

Обучающийся должен уметь: описывать макропрепараты, давать их сравнительную характеристику и отличие от нормы; уметь подготовить и направить операционный и биопсийный материал на гистологическое исследование, оформить специальный бланк направления на патогистологическое исследование (форма 014/у)

Обучающийся должен владеть: Давать характеристику и описание микропрепаратов; решать ситуационные задачи; описывать материал, доставленный со вскрытия; оценить и проанализировать результаты гистологического исследования биопсийного материала.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Разбор микро- и макропрепаратов:

Макропрепараты.

Острая язва желудка - найти дефект слизистой оболочки, определить его локализацию, форму, размеры, глубину, цвет дна.

Хроническая язва желудка - обратить внимание на форму, размеры, глубину, состояние краев и дна язвы; отметить, какой край обращен и пищеводу, а какой - к привратнику.

Рак желудка - определить по макроскопической картине форму рака желудка, обратить внимание на состояние окружающей ткани и глубину прорастания опухоли.

Флегмонозный аппендицит - обратить внимание на величину отростка, состояние серозной оболочки (внешний вид, степень кровенаполнения, характер налета), толщину и вид стенки на разрезе, характер содержимого в просвете.

Жировой гепатоз печени - Обратить внимание на размеры печени, консистенцию и цвет ее с поверхности и на разрезе.

Цирроз печени - определить размеры, вид и цвет органа с поверхности и на разрезе, отметить примерную величину узлов-регенератов и прослоек соединительной ткани между ними.

Микропрепараты.

Хроническая язва желудка - определить глубину дефекта, состояние стенки желудка в области дна и краев язвы, изменения в сосудах и нервах, характер перестройки слизистой оболочки вблизи язвы. В дне язвы найти послойные изменения, характеризующие длительное заживление, а также обострение процесса.

Флегмонозный аппендицит - обратить внимание на характер воспалительных изменений во всех слоях отростка и брыжейке, определить степень сохранения слизистой оболочки.

Массивный некроз печени - отметить состояние паренхимы и стромы (синусоиды, клетки Купфера) в центре и на периферии печеночных долек.

Острый вирусный гепатит - обратить внимание на состояние гепатоцитов (наличие дистрофии, некрозов), отметить характер и локализацию воспалительного инфильтрата.

2) Практическая работа.

Подготовка к докладам и выступлениям

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Работа с печатными и электронными источниками информации

3) Решить ситуационные задачи

Ситуационная задача 4

Больная Б., 65 лет умерла от острого инфаркта миокарда. На вскрытии: острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка с разрывом и гемиперикардом; в брюшной полости около 3 л прозрачной, слегка желтоватой жидкости; на слизистой оболочке желудка в области передней стенки тела желудка - мягкое, белесовато-серое образование в форме блюдца, диаметром до 7 см, прорастающее все слои стенки желудка, с распадом в центре; в печени - множественные округлые очаги распадающейся белесовато-серой ткани. Микроскопически: образование желудка представлено группами причудливых желез с признаками тканевого и клеточного атипизма.

Вопросы: 1) Какое заболевание желудка имело место у больной? 2) Какая это макроскопическая и микроскопическая форма описанного заболевания желудка? 3) Как называются описанные образования в печени? 4) Как называется описанное скопление жидкости в брюшной полости?

Ситуационная задача 5

Больной К., 25 лет, заболел остро: появились боли в правой подвздошной области, тошнота, однократная рвота. Через 1,5 ч после поступления в стационар больной был прооперирован. На операции обнаружен увеличенный червеобразный отросток (диаметром до 1,2 см) ярко-красного цвета, с тусклой серозной оболочкой, который был удален. Микроскопически: отмечается отек стенки червеобразного отростка, очаговые кровоизлияния, диффузная инфильтрация нейтрофилами.

Вопросы: 1) Какое заболевание имело место у больного? 2) Какая это форма заболевания? 3) Какие другие формы данного заболевания Вы знаете? 4) Назовите осложнения данного заболевания.

Ситуационная задача 6

Больная К., 38 лет, поступила в стационар с жалобами на желтуху, тошноту, рвоту, слабость, головокружение, повышение температуры тела до 38°C, темный цвет мочи, обесцвечивание кала. Больна 4 дня. При осмотре: состояние крайне тяжелое, сопор, изо рта - печеночный запах, выраженная желтушность кожи и склер; В_i крови - 320 мкмоль/л (непрямой - 230 мкмоль/л, прямой - 90 мкмоль/л); в крови обнаружены анти-HAV IgM-антитела. В стационаре состояние больной прогрессивно ухудшалось, несмотря на проводимую интенсивную терапию, развилась кома, от которой больная и умерла. На вскрытии: резко выраженная желтушность кожи и слизистых; отек мозга; печень уменьшена в размерах, дряблая, красно-коричневого цвета (микроскопически: на фоне гидropической дистрофии гепатоцитов отмечаются множественные некрозы гепатоцитов, вокруг которых выраженная мононуклеарная и лимфоцитарная инфильтрация, полнокровие сосудов).

Вопросы: 1) Какое заболевание имело место у больной? 2) Какое осложнение развилось и послужило причиной смерти? 3) Охарактеризуйте внепеченочные изменения при данном заболевании.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 6. ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тема 6.1. Морфофункциональные изменения в органах женщин при беременности. Плацента. Токсикозы беременности (гестозы).

Цель: Диагностика патологии беременности. Определение критических состояний в период течения всей беременности..

Задачи: научить определению состояния угрозы плоду.

Обучающийся должен знать: Критические периоды развития плода. Влияние на плод и эмбрион повреждающих факторов.

Обучающийся должен уметь: Распознавать токсикоз беременных, классификация, медицинская помощь. Показания для госпитализации, принципы терапии.

Обучающийся должен владеть: принципами оказания необходимой помощи на догоспитальном этапе беременным разных сроков беременности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся:

1) Разбор микро- и макропрепаратов:

Макропрепараты:

1.Трубная беременность. Описать макропрепарат трубная беременность. Обратить внимание на толщину слизистой оболочки, мышечной оболочки маточной трубы. Найти и описать очаговые кровоизлияния в строму, наличие в просвете и стенке маточной трубы ворсин хориона, покрытых трофобластом.

2.Хориокарцинома матки.

3.Пузырный занос.

Микропрепараты:

2.Хориокарцинома матки. Описать микропрепарат «Хориокарцинома матки». Обратить внимание на строение компонентов паренхимы опухоли (размеры и форму клеток и ядер, митотическую активность); строение стромы опухоли, отсутствие истинных сосудов, вторичные изменения в ткани опухоли

3.Пузырный занос. Описать микропрепарат пузырный занос. Обратить внимание на строение ворсин хориона. Найти и описать выраженный отек ворсин хориона, образование полостей в центральных отделах ворсин, пролиферацию трофобласта.

2) Решить ситуационные задачи:

Задача 1

У роженицы на 4-й день после родов повысилась температура тела до 37С, появились озноб и тахикардия до 100 ударов в 1 минуту. При осмотре отмечалась незначительная болезненность матки, мутные, гнойнокровянистые выделения. Ультразвуковое исследование полости матки выявило наличие эхо-негативных зон, которые предположительно соответствовали остаткам плацентарной ткани.

Проведено выскабливание полости матки. В соскобе – некротические фрагменты децидуальной оболочки и ворсинчатого хориона, диффузная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, выраженный отек стромы, расширение и тромбоз кровеносных сосудов.

1. Определите основное заболевание.
2. Укажите основные причины развития данного заболевания.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 2

У женщины 30 лет на вторые сутки с момента поступления в родильный дом при сроке беременности 35 недель отмечено повышение артериального давления до 220/100 мм рт. ст., сопровождающееся судорогами и потерей сознания. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, вывести пациентку из этого состояния не удалось. При вскрытии трупа роженицы выявлены следующие изменения: желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, отеки. Печень уменьшена, на разрезе пестрая, тусклая, с множественными кровоизлияниями и очагами некроза. Почки увеличены в размерах, дряблые, с бледным корковым слоем и цианотичным мозговым веществом. В ткани головного мозга, легких и серозных оболочек обнаружены множественные точечные кровоизлияния.

1. Назовите заболевание, которое обусловило смертельный исход.
2. Каково осложнение основного заболевания, повлекшее за собой смертельный исход?
3. Назовите синдром, развившийся у больной.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в сосудах головного мозга?
5. Перечислите основные теории патогенеза заболевания.

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Написание аналитической работы на тему:

- «Токсикозы беременности (гестозы)»;
 «Патология плаценты»
 «Угроза прерывания беременности»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка сопоставление и клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство	31	ЭБ Консультант

			«Медицина»		студента
--	--	--	------------	--	----------

РАЗДЕЛ 6. ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тема 6.2. Гистофизиология и гистопатология овариально-менструального цикла. Патология эндометрия.

Цель: ознакомить с возможными нарушениями овариально-менструального цикла и методам лекарственной коррекции

Задача: Разобрать подробно варианты нарушений яичникового, центрального генеза овариально-менструального цикла. Объяснить патологию эндометрия.

Обучающийся должен знать: физиологию овариально-менструального цикла

Обучающийся должен уметь: диагностировать и корректировать физиологические нарушения овариально-менструального цикла

Обучающийся должен владеть: анализом клинико-морфологических взаимоотношений при выраженном нарушении как овариально-менструального цикла, так и нарушениями при патологии эндометрия.

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Самостоятельная работа студентов проведения бесед, консультаций с женщинами на темы:
 «О методах предупреждения нежелательной беременности»
 «Аборт и его вред на организм женщины»,
 «Профилактика инфекции передающимся половым путем»,
 «Современные методы контрацепции».

2) Решение тестовых заданий

Выберите один правильный ответ

1. Факторы, способствующие воспалительным заболеваниям женских половых органов:

- а) снижение иммунитета
- б) внутриматочная контрацепция
- в) 4 степень чистоты влагалища
- г) инструментальные внутриматочные манипуляции
- д) все перечисленное

2. Какие возбудители чаще всего вызывают неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов? Выберите неправильный ответ.

- а) стрептококки
- б) стафилококки
- в) кишечная палочка
- г) протей
- д) туберкулезная бацилла Коха

3. Клинические симптомы хронического аднексита

- а) повышение температуры
- б) нарушение менструального цикла
- в) боли внизу живота
- г) гнойные выделения из половых путей
- д) все перечисленное

4. С чего начинается лечение острого бартолинита?

- а) вскрытие абсцесса
- б) противовоспалительная терапия

- в) дезинтоксикационная
- г) обезболивающая
- д) физиолечение

5. Методы диагностики острого аднексита?

Выберите неправильный ответ

- а) жалобы
- б) вагинальное исследование
- в) анамнез
- г) метросальпингография
- д) данные бактериологического исследования

6. При каких заболеваниях наблюдается зуд вульвы?

Выберите неправильный ответ

- а) сахарный диабет
- б) лейкоплакия
- в) дрожжевой кольпит
- г) сифилис
- д) трихомониаз

7. Лечение острого вульвита включает (выберите неправильный ответ):

- а) местное санлирующее лечение
- б) инфузионная терапия
- в) общеукрепляющая терапия
- г) антибактериальная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

8. Что характерно для течения неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов в современных условиях?

- а) отсутствие четко выраженной клинической картины
- б) склонность к хроническим процессам
- в) стертое лечение
- г) преобладание болевого синдрома
- д) все перечисленное

9. Какое из перечисленных заболеваний чаще всего встречается у девочек 3-7 лет?

- а) врожденные аномалии
- б) ювенильные кровотечения
- в) травмы наружных половых органов
- г) неспецифические вульвовагиниты
- д) опухоли яичников

10. Какие симптомы характерны для хронического эндометрита?

- а) повышение температуры тела
- б) рези при мочеиспускании
- в) головная боль
- г) пост-, пред- и межменструальные кровянистые выделения
- д) запоры

11. Какая степень чистоты влагалища свидетельствует о неспецифическом кольпите?

- а) 1 ст.
- б) 2 ст.
- в) 3-4 ст.
- г) 1-2 ст.
- д) 5 ст.

12. Методы диагностики острого эндометрита. Выберите неправильный ответ

- а) анамнез
- б) жалобы
- в) вагинальное исследование
- г) метросальпингография
- д) данные бактериологического исследования

13. Что такое пельвиоперитонит?

- а) воспаление околоматочной клетчатки
- б) воспаление слизистой оболочки канала шейки матки
- в) воспаление брюшины малого таза
- г) воспалительная "мешотчатая" опухоль маточной трубы с гнойным содержимым
- д) воспаление слизистой влагалища

14. Что такое параметрит?

- а) воспаление брюшины малого таза
- б) воспаление слизистой оболочки влагалища
- в) периферический сосудистый коллапс на фоне инфекционного процесса при массивном попадании токсинов в кровь
- д) воспаление околоматочной клетчатки
- е) болезненные менструации

15. Что такое сальпингоофарит?

- а) воспаление маточной трубы
- б) воспаление яичника
- в) воспаление придатков матки
- г) воспаление брюшины малого таза
- д) воспаление околоматочной клетчатки

16. Факторы, способствующие развитию сенильного кольпита:

- а) снижение биологических защитных сил организма.
- б) гиподинамия
- в) гиперэстрогения
- г) снижение половой активности
- д) все перечисленное

17. Клиническая картина пельвиоперитонита

- а) болевой синдром
- б) повышение температуры тела
- в) озноб, слабость
- г) гнойные выделения из половых путей
- д) все перечисленное

18. Какие физиологические барьеры гениталий существуют на пути инфекции?

- а) смыкание срамной щели и вульварного кольца
- б) кислая среда влагалища
- в) бактерицидные свойства среды влагалища
- г) слизистая пробка д) все перечисленное

19. Назовите наиболее частый путь распространения инфекции в параметрий.

- а) интраканикулярный
- б) гематогенный
- в) лимфогенный
- г) с соседних органов
- д) перитониальный

20. Какая локализация туберкулеза половых органов наблюдается чаще всего?

- а) маточные трубы

- б) яичники
- в) влагалище
- г) вульва
- д) шейка матки

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Закрепить материал с использованием тестовых заданий:

Тест: Экстрагенитальная патология и беременность

Отметьте один правильный вариант ответа:

001. Ревматизм поражает преимущественно

- а) митральный клапан
- б) аортальный клапан
- в) трехстворчатый клапан
- г) клапан легочной артерии

Ответ: а

002. Ревматизм – это заболевание

- а) паразитарное
- б) инфекционно-аллергические
- в) гормональное
- г) наследственное
- д) правильно б) и в)

Ответ: б

003. Первичный ревмокардит у беременных встречается

- а) часто
- б) редко
- в) всегда
- г) никогда

Ответ: б

004. Наличие активного ревматизма

- а) ухудшает прогноз беременности
- б) не влияет на исход беременности
- в) вызывает прерывание беременности

Ответ: а

005. Об активности ревматизма, как правило, свидетельствует

- а) лейкоцитоз за счет нейтрофилов
- б) резко положительная реакция на С-реактивный белок
- в) ДФА-проба
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

006. У беременной с ревмокардитом, как правило, наблюдается

- а) обострение ревматизма
- б) вялотекущий ревматический процесс
- в) стабильная картина ревмокардита
- г) беременность влияния на ревмокардит не оказывает

Ответ: б

007. Критическими сроками беременности для обострения ревматизма являются

- а) 14-16 недель
- б) 20-28 недель

- в) 28-32 недели
 - г) правильно а) и в)
- Ответ: в

008. Наличие критических сроков обострения ревматизма во время беременности связано

- а) с ростом плода
- б) с повышением нагрузки на сердце
- в) с развитием гиперволемии
- г) с развитием анемии
- д) правильно а) и г)

Ответ: в

009. Обострение ревматизма после родов происходит

- а) часто
- б) редко
- в) как правило
- г) никогда

Ответ: б

010. Беременность противопоказана

- а) при остром и подостром течении ревматизма
- б) если после последней ревматической атаки прошло меньше 6 месяцев
- в) при вялотекущем ревматизме
- г) при непрерывно-рецидивирующем ревмокардите
- д) при всем перечисленном

Ответ: д

011. Активность ревматизма у беременной – показание для родоразрешения

- а) операции кесарева сечения
- б) операции вакуум-экстракции плода
- в) операции наложения акушерских щипцов
- г) самостоятельных родов

Ответ: а

012. Лактация при активности

- а) разрешена
- б) запрещена
- в) решается индивидуально

Ответ: б

013. В качестве достоверных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать а)

- а) одышку
- б) выраженное увеличение размеров сердца
- в) систолические и диастолические шумы в области сердца
- г) нарушение сердечного ритма
- д) все перечисленное

Ответ: д

014. Наиболее опасным в отношении возникновения сердечной недостаточности во время беременности и родов является

- а) выраженный митральный стеноз
- б) выраженный аортальный стеноз
- в) синдром Эйзенменгера
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

015. Чаще всего недостаточность кровообращения возникает в сроки беременности

- а) 8-12 недель
- б) 13-18 недель
- в) 19-24 недель
- г) 24-32 недели
- д) 32-38 недель

Ответ: г

016. Наиболее вероятное развитие недостаточности кровообращения у беременной с заболеванием сердца следует ожидать

- а) накануне родов
- б) в родах
- в) в послеродовом периоде
- г) правильно б) и в)

Ответ: г

017. Первые признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются

- а) выраженной одышкой
- б) кашлем
- в) влажными хрипами
- г) тахикардией
- д) всем перечисленным

Ответ: д

018. Сердечная астма, как правило, предшествует

- а) мерцательной аритмии
- б) тромбоэмболии легочной артерии
- в) отеку легких
- г) ничему из перечисленного

Ответ: б

019. Левожелудочковая недостаточность характерна

- а) для аортальных пороков
- б) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия в) для всего перечисленного
- д) ни для чего из перечисленного

Ответ: б

020. Тахикардия, одышка при незначительной физической нагрузке, явления застоя в легких, отеки, исчезающие в покое, характерны для следующей стадии сердечной недостаточности

- а) I
- б) IIА
- в) IIБ
- г) III

Ответ б

021. При наличии сердечной декомпенсации любой стадии до беременности в случае возникновения последней необходимо

- а) срочная коррекция имеющихся нарушений
- б) прерывание беременности
- в) тщательное обследование и совместное наблюдение акушера-гинеколога и терапевта в условиях женской консультации
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

Ответ: г

022. При родоразрешении беременной с заболеванием сердца через естественные родовые пути

выключения потуг, как правило, производят

- а) при недостаточности кровообращения ПА стадии
- б) при высокой легочной гипертензии
- в) при мерцательной аритмии
- г) при всем перечисленном
- д) ни при чем из перечисленного

Ответ: г

023. Кесарево сечение показано

- а) при недостаточности кровообращения ПБ-II стадии
- б) при септическом эндокардите
- в) при острой сердечной недостаточности в родах
- г) при всем перечисленном
- д) ни при чем из перечисленного

Ответ: г

024. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться

- а) в горизонтальном положении
- б) с приподнятым ножным концом
- в) в полусидячем положении
- г) лежа на боку

Ответ: в

025. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью нуждаются

- а) в мониторинге за сердечной деятельностью
- б) в тщательном обезболивании
- в) в наблюдении терапевта
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

Ответ: г

026. Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II-III стадии а) 32 недели

- б) 36 недель
- в) 37-38 недель
- г) 29-40 недель

Ответ: б

027. При наличии протезов клапанов сердца и отсутствии акушерских осложнений родоразрешение, как правило, проводят путем

- а) самостоятельных родов
- б) родовозбуждения
- в) операции кесарева сечения
- г) операции наложения акушерских щипцов
- д) правильно а) и б)

Ответ: г

028. Наличие протезов клапанов сердца у беременной, как правило, является показанием

- а) для сохранения беременности
- б) для прерывания беременности
- в) для пролонгирования беременности в зависимости от состояния женщины

Ответ: б

029. Сочетанное поражение митрального клапана по своему течению беременных

- а) более благоприятное, чем изолированное поражение
- б) более неблагоприятное, чем при изолированном поражении
- в) в зависимости от тяжести сердечной недостаточности

г) в зависимости от срока беременности

Ответ: а

030. Недостаточность аортального клапана с признаками сердечной декомпенсации является основанием

а) для прерывания беременности

б) для сохранения беременности

в) для пролонгирования беременности в зависимости от стадии процесса

Ответ: а

031. При пролапсе митрального клапана беременность

а) можно сохранить

б) прервать

в) пролонгировать в зависимости от состояния

Ответ: в

032. Острый и подострый миокардит у беременной является основанием

а) для сохранения беременности

б) для прерывания беременности

в) для пролонгирования в зависимости от состояния

Ответ: б

033. При сердечной недостаточности в послеродовом периоде

а) лактацию подавляют сразу

б) разрешают кормление новорожденного

в) вопрос о разрешении кормления грудью решают в зависимости от состояния родильницы

Ответ: а

034. При мерцательной аритмии, диагностированной до 12 недель, беременность нужно

а) сохранить

б) прервать

в) пролонгировать в зависимости от состояния беременной

Ответ: б

035. При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо

а) пролонгировать только в зависимости от состояния женщины

б) прерывать

в) сохранять

Ответ: а

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента

2	Формулировка сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	и и	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.		Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.		Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 7. ПРЕ - И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО И ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

Тема 7.1. Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста.

Цель: Ознакомить с патологией, которая может возникать в перинатальном и детском возрасте.

Задачи: научить распознавать и вовремя диагностировать болезни перинатального и детского возраста.

Обучающийся должен знать: особенности течения изменений в органах при болезнях детского возраста.

Обучающийся должен уметь: оценивать ситуацию и вовремя диагностировать болезни перинатального и детского возраста.

Обучающийся должен владеть: методиками выявления и ведения больных с болезнями перинатального и детского возраста.

Вопросы для подготовки по теме:

1. Понятие о периодах развития пренатального онтогенеза.
2. Характеристика и последствия бластопатий.
3. Характеристика и последствия гаметопатий.
4. Причины, морфологическая характеристика и последствия эмбрио-и фетопатий.
5. Закономерности ответной реакции зародыша по периодам киматогенеза.
6. Понятие о врожденном пороке, аномалии, уродстве.
7. Понятие об энзимопатиях. Гликогенозы

Самостоятельная аудиторная работа:

1) Рассмотреть, разобрать, описать и зарисовать:

Макропрепараты:

акрания, анэнцефалия, фокомелия; рахисхис; задняя спинномозговая грыжа; голопроэнцефалия.

1 Патология последа

Макропрепараты:

истинный узел пуповины с расстройством кровообращения в плаценте; трубная беременность или эмбрион с хорионом при самопроизвольном аборте; хорионэпителиома.

2) Тестовый контроль:

Патологическая анатомия болезней перинатального и детского возраста.

Выберите один правильный ответ:

1. Назовите нормальный уровень сывороточного железа у детей:

1. 2-10 мкмоль/л
2. 50 мкмоль/л
3. 10-30 мкмоль/л

2. Постнатальные причины железодефицитной анемии у детей:

1. недостаточность поступления железа с пищей
2. повышенные потребности в железе у детей с ускоренными темпами роста
3. повышенные потери железа из-за кровотечений различной этиологии
4. нарушение транспорта железа

5. естественное вскармливание

3. Какие из перечисленных лабораторных показателей характерны для железодефицитной анемии у детей:

1. сидеропения
2. гипохромия
3. тромбоцитопения
4. появление бластов в периферической крови
5. анизоцитоз, пойкилоцитоз

4. Как меняется уровень сывороточного железа при железодефицитной анемии у детей:

1. резко повышается
2. снижается
3. никогда не меняется
4. повышается незначительно

5. Какой признак является основным для диагностики гипохромной анемии у детей:

1. снижение тромбоцитов
2. снижение эритроцитов
3. повышение ретикулоцитов
4. низкий цветовой показатель

Эталоны ответов:

1. 3
2. 1,2,3,4
3. 1,2,5
4. 2
5. 4

Самостоятельная внеаудиторная работа:

1) Работа с печатными и электронными источниками информации

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд.	Пальцев М.А., Аничков Н.М.,	2009 М.: ОАО «Издательство	210	ЭБ Консультант

	2-е, перераб.	Литвицкий П.Ф.	«Медицина»		студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

РАЗДЕЛ 7. ПРЕ - И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО И ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

Тема 7.2. Патоморфоз болезней детского возраста.

Цель: Знание патологической анатомии инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов необходимо для успешного усвоения данной патологии для проведения клинко-анатомического анализа результатов аутопсий.

Задачи: На основании полученных знаний научиться распознавать и проводить дифференциальную диагностику инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов.

Обучающийся должен знать:

- особенности перинатальных и неонатальных инфекций;
- патологическую анатомию внутриутробных инфекций группы герпеса;
- патологическую анатомию листериоза;
- патологическую анатомию токсоплазмоза;
- патологическую анатомию пупочного сепсиса.

Обучающийся должен уметь:

- по макро- и микроскопическим проявлениям распознавать и проводить дифференциальную диагностику инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов;
- оценивать причины, пути инфицирования и механизмы развития инфекционных болезней перинатального и неонатального периодов,
- определять роль морфологических изменений и их функциональное значение для плода и новорожденного.

Обучающийся должен владеть:

- навыками постановки диагноза с применением данных обследования и клинического мышления.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся

1) Вопросы для собеседования:

1. Хронические расстройства питания и пищеварения у детей раннего возраста. Принципы неотложной терапии
- 2) Бронхиты у детей и подростков. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме
- 3) Пневмонии: особенности этиологии, патогенеза у детей, клиническая картина, осложнения. Принципы лечения. Понятие о дыхательной недостаточности, неотложная помощь
- 4) Понятие бронхиальной астмы. Особенности клиники у детей. Неотложная помощь при обострении бронхиальной астмы
- 5) Врожденные пороки сердца, значение особенностей кровообращения у плода для формирования врожденных пороков сердца. Неотложная помощь при одышечно-цианотических приступах, коллапсе
- 6) Острая ревматическая лихорадка. Приобретенные пороки сердца. Принципы неотложной помощи и профилактики
- 7) Диффузные заболевания соединительной ткани у детей и подростков. Принципы неотложной помощи

2) Решение задач:

Задача 1. Девочка 3 лет поступила в клинику с жалобами на частые ОРВИ, длительный кашель. Анамнез заболевания. Болея с рождения: частые ОРВИ с длительным кашлем, неустойчивый «жирный» стул, отставание в физическом развитии, увеличение живота, несколько эпизодов выпадения прямой кишки. При осмотре: отстаёт в физическом развитии, большой вздутый живот, изменение дистальных фаланг пальцев и ногтевых пластинок.

Задания:

1. Установить наиболее вероятный диагноз с учётом анамнеза заболевания и объективных данных.
2. Назначить исследование, которое подтвердит предварительный диагноз.
3. При условии положительного результата диагностического теста, назначить лечение согласно протоколу, утверждённому Минздравом России.
4. Составить план дополнительного обследования.
5. Определить деонтологические ошибки, допущенные врачом на догоспитальном этапе.

Задача 2. У ребенка (мальчика) 6 месяцев внезапно, среди полного здоровья, появились приступообразные боли в животе продолжительностью до 2-3 минут, после чего ребенок успокоился. Отмечалась двукратная рвота. Со слов матери заболевание появилось через 60 минут после кормления, необычность которого заключалась в том, что впервые ребенок после кормления грудью съел около 30 грамм молочно-фруктового йогурта. Продолжительность заболевания 6 часов. 80 1. Какое заболевание наиболее вероятно у ребенка? 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

- Ответ: 1. Инвагинация кишок
2. УЗИ брюшной полости, пневмоиррогоскопия

Задача 3. У ребенка 3 лет паховая грыжа в сочетании с крипторхизмом, сопровождается болевым синдромом. Ваша тактика:

- а. Гормональную терапию
- б. Короткий курс гормональной терапии и оперативное лечение
- в. Экстренное оперативное лечение
- г. Оперативное лечение в возрасте старше 5 лет
- д. Оперативное лечение в плановом порядке

Ответ: в

2) Тестовый контроль:

1. При ревматизме (острой ревматической лихорадке) решающее значение в этиологии имеют:

- а) бета-гемолитический стрептококк группы А
- б) бета-гемолитический стрептококк группы В
- в) стафилококки
- г) вирусы
- д) пневмококки

2. Клиническими симптомами синдрома вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу являются:

- а) сухость кожных покровов
- б) склонность к брадикардии
- в) склонность к тахикардии
- г) повышенная сальность кожи
- д) вазо-вагальные (вазо-депрессивные) обмороки

3. Классическим проявлением БА является:

- а) упорный спастический кашель
- б) инспираторная одышка
- в) приступы экспираторного удушья
- г) ночной кашель
- д) все вышеперечисленное

4. Что определяет особенности течения гнойной инфекции у детей:

- а. Богатство лимфоидной ткани
- б. Повышенная проницаемость естественных барьеров
- в. Генерализованный характер реакций
- г. Относительная незрелость органов и тканей

Ответ: а, б, в, г

5. Достоверные признаки острого аппендицита у детей:

- а. Симптом Щеткина
- б. Локальная боль
- в. Напряжение мышц брюшной стенки
- г. Жидкий стул
- д. Рвота

Ответ: а, б, в, д

6. Признаки разлитого перитонита:

- а. Страдальческое выражение лица
- б. Состояние средней тяжести
- в. Беспокойство при пальпации живота
- г. Олигурия
- д. Гипертермия

Ответ: а, в, г, д

7. Наиболее характерный признак кисты элементов семенного канатика:

- а. Отечность в паховой области
- б. Гиперемия в паховой области
- в. Эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко
- г. Резкая болезненность
- д. Расширение наружного пахового кольца

Ответ: в.

8. Какой метод обследования необходимо выполнить ребенку в экстренном порядке при макрогематурии:

- а. Экскреторную урографию
- б. Цистоуретрографию
- в. Цистоскопию
- г. Радиоизотопные методы
- д. Ретроградную пиелографию

Ответ: в

Самостоятельная внеаудиторная работа

1) Подготовка докладов к выступлению по темам:

«Железодефицитные анемии у детей раннего возраста»;

«Врачебная помощь при неотложных состояниях у детей (гипертермический синдром, синдром крупа, бронхообструктивный, судорожный синдром, гипертонический и гипотонический синдромы, инфекционно-токсический шок, потери сознания, в т.ч. острой сосудистой недостаточности, комы при сахарном диабете, кровотечения, синдром дегидратации, острые аллергические реакции, в т.ч. анафилактический шок, одышно-цианотический приступ, обострение бронхиальной астмы)»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Патология. Учебник в 2-х томах	под ред. М.А. Пальцева и В.С. Паукова	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	50	Имеется
2	Патология	Некрасова Т.П.	М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2011	10	Имеется

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Окончательный диагноз.	Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И.	2008 М.: ГЭОТАР-Медиа	3	ЭБ Консультант студента
2	Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.	Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.	2008 ООО «Медицинское информационное агентство»	5	ЭБ Консультант студента
3	Патология человека: Учебник. — В 2-х т.— Изд. 2-е, перераб.	Пальцев М.А., Аничков Н.М., Литвицкий П.Ф.	2009 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	210	ЭБ Консультант студента
4	Патология: курс лекций. Том 1, 2.	Под ред. М.А. Пальцева.	2007 М.: ОАО «Издательство «Медицина»	31	ЭБ Консультант студента

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра патологической анатомии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине
«Патологическая анатомия»

Специальность 31.08.07 Патологическая анатомия

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	методы и приемы философского анализа, форм и методов научного познания окружающего мира, социально значимых процессов и проблем; методы решения интеллектуальных задач в медицине; методы анализа патологических процессов; программные средства представления информации.	анализировать социально-значимые проблемы; процессы возникновения и развития патологических состояний и заболеваний; выявлять закономерности общепатологических процессов.	навыками грамотного и самостоятельного анализа и оценки социально значимых проблем, а также ситуации в здравоохранении в России и за ее пределами, и осуществления своей деятельности с учетом результатов этого анализа; использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной деятельности в области патологической анатомии; навыками работы с текстовыми и графическими редакторами – инструментами сбора, обработки, анализа и систематизации информации; применения научно-	1-7	1-4

				медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта в области достижений современной медицины и патологической анатомии		
ПК-1	готовность к осуществлению комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	-основные закономерности жизнедеятельности организма человека на основе структурной организации клеток, тканей и органов; - морфофункциональные системы организма человека, их регуляцию и саморегуляцию при взаимодействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; - формы и методы санитарно-просветительской работы.	-осуществлять морфофункциональную оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур человека в связи влиянием факторов среды обитания и их роли в развитии патологических процессов и заболеваний человека.	-навыками использования методов клинико-анатомического анализа при оценке роли природных и медико-социальных факторов среды обитания человека в развитии болезней и патологических процессов с целью осуществления профилактических мероприятий; -разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения.		
ПК-3	готовность к применению социально-гигиенических	директивные документы, регламентирующие отраслевую статистическую отчетность; -показатели	собрать данные для медико-статистического анализа; -использовать информационные компьютерные	способностью анализировать и интерпретировать результаты медико-статистических исследований о показателях		

	методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	здоровья населения; -показатели распространенности заболеваний, заболеваемости и смертности; -основы медико-социальной экспертизы; -медико-статистический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	системы в здравоохранении; - проанализировать результаты исследования.	заболеваемости и смертности.		
ПК-4	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	-учения о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдромологическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; -принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти.	-собрать предварительную необходимую информацию об исследуемых объектах перед патолого-анатомическим исследованием; -произвести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа; - провести вскрытие умерших (новорожденных, мертворожденных и плодов), учитывая связь с пре- и перинатальной патологией с течением беременности и родов у матери; -провести дифференциальную диагностику с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний; - поставить и обосновать патолого-анатомический (патогистологический) диагноз; -заполнить медицинское свидетельство о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти.	навыками оценки предварительной информации перед вскрытием или биопсийном исследовании; -осмотра и вскрытия трупа; - проведения проб на воздушную и жировую эмболию; -на наличие воздуха в плевральных полостях; проб на ишемию миокарда; -раздельного взвешивания отделов сердца; -морфометрических исследований; - выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей; -макроскопического описания органов и тканей, при необходимости фотографирования и зарисовки; -взятия из присланного материала кусочков (участков) для последующего микроскопического исследования -исследования гистологических препаратов (секционного, операционного и биопсийного материала); -отбора гистологического препарата для микрофотографирования	1-7	1-4

				я		
ПК-5	готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов	-законодательные и директивные документы, регламентирующие отраслевую статистическую отчетность; -методы морфологического исследования и диагностики объектов исследования. -правила взятия, упаковки и направления биопсийного материала, -методы выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей	провести сличение клинического и патологоанатомического диагноза, оценить тактику ведения больного на основании анализа истории болезни и представленной медицинской документации; -в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы государственной статистики новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» или -оформления клинико-анатомического эпикриза; -составления отчетов по заболеваемости и смертности. «взамен окончательного»	- навыками составления отчетов по заболеваемости и смертности.	1-7	1-4
ПК-8	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	методы медицинской статистики.	проводить медико-статистический анализ качества прижизненной диагностики и лечения; -анализировать показатели своей практической работы; оказывать консультативную помощь врачам-патологоанатомам и врачам других медицинских специальностей.	- навыками подготовки и проведения клинико-анатомических конференций; -подготовки отчетов и формулировки выводов на основе анализа данных; - оценки качества диагностической и лечебно-профилактической помощи.	1-7	1-4

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатель и оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Не удовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контро	для промежуточной

					ля	аттеста ции
УК -1						
Знать	Не знает методы и приемы философского анализа форм и методов научного познания окружающего мира, социально значимых процессов и проблем; методы решения интеллектуальных задач в медицине; методы анализа патологических процессов; программные средства представления информации.	Не в полном объеме знает методы и приемы философского анализа форм и методов научного познания окружающего мира, социально значимых процессов и проблем; методы решения интеллектуальных задач в медицине; методы анализа патологических процессов; программные средства представления информации, допускает существенные ошибки	Знает основные методы и приемы философского анализа форм и методов научного познания окружающего мира, социально значимых процессов и проблем; методы решения интеллектуальных задач в медицине; методы анализа патологических процессов; программные средства представления информации, допускает ошибки	Знает методы и приемы философского анализа форм и методов научного познания окружающего мира, социально значимых процессов и проблем; методы решения интеллектуальных задач в медицине; методы анализа патологических процессов; программные средства представления информации.	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
Уметь	Не умеет анализировать социально-значимые проблемы; процессы возникновения и развития патологических состояний и заболеваний; выявлять закономерности общепатологических процессов.	Частично освоено умение анализировать социально-значимые проблемы; процессы возникновения и развития патологических состояний и заболеваний; выявлять закономерности общепатологических процессов.	Правильно использует умение анализировать социально-значимые проблемы; процессы возникновения и развития патологических состояний и заболеваний; выявлять закономерности общепатологических процессов, допускает ошибки	Самостоятельно использует умение анализировать социально-значимые проблемы; процессы возникновения и развития патологических состояний и заболеваний; выявлять закономерности общепатологических процессов.	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
Владеть	Не владеет навыками грамотного и самостоятельного анализа и оценки социально значимых проблем, а также ситуации в здравоохранении в России и за ее пределами, и осуществления своей деятельности	Не полностью владеет навыками грамотного и самостоятельного анализа и оценки социально значимых проблем, а также ситуации в здравоохранении в России и за ее пределами, и осуществления	Способен использовать навыки грамотного и самостоятельного анализа и оценки социально значимых проблем, а также ситуации в здравоохранении в России и за ее пределами, и	Владеет навыками грамотного и самостоятельного анализа и оценки социально значимых проблем, а также ситуации в здравоохранении в России и	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад,	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием

	с учетом результатов этого анализа; использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной деятельности в области патологической анатомии; навыками работы с текстовыми и графическими редакторами – инструментами сбора, обработки, анализа и систематизации информации; применения научно-медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта в области достижений современной медицины и патологической анатомии	своей деятельности с учетом результатов этого анализа; использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной деятельности в области патологической анатомии; навыками работы с текстовыми и графическими редакторами – инструментами сбора, обработки, анализа и систематизации информации; применения научно-медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта в области достижений современной медицины и патологической анатомии	осуществления своей деятельности с учетом результатов этого анализа; использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной деятельности в области патологической анатомии; навыками работы с текстовыми и графическими редакторами – инструментами сбора, обработки, анализа и систематизации информации; применения научно-медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта в области достижений современной медицины и патологической анатомии	за ее пределами, и осуществление своей деятельности с учетом результатов этого анализа; использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной деятельности в области патологической анатомии; навыками работы с текстовыми и графическими редакторами – инструментами сбора, обработки, анализа и систематизации информации; применения научно-медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта в области достижений современной медицины и патологической анатомии	разбор клинических случаев	практических навыков
ПК-1						
Знать	Фрагментарные знания основных закономерностей жизнедеятельности организма человека на основе структурной организации	Общие, но не структурированные знания основных закономерностей жизнедеятельности и организма человека на	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных закономерностей жизнедеятельности и организма	Сформированные систематические знания основных закономерностей жизнедеятель	Собеседован по ситуационным задачам,	Собеседован по ситуационным задачам,

	клеток, тканей и органов; морфофункциональных систем организма человека, их регуляции и саморегуляции при взаимодействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; форм и методов санитарно-просветительской работы.	основе структурной организации клеток, тканей и органов; морфофункциональных систем организма человека, их регуляции и саморегуляции при взаимодействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; форм и методов санитарно-просветительской работы.	человека на основе структурной организации клеток, тканей и органов; морфофункциональных систем организма человека, их регуляции и саморегуляции при взаимодействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; форм и методов санитарно-просветительской работы.	ности организма человека на основе структурной организации клеток, тканей и органов; морфофункциональных систем организма человека, их регуляции и саморегуляции при взаимодействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; форм и методов санитарно-просветительской работы.	письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	письменное тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение осуществлять морфофункциональную оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур человека в связи влиянием факторов среды обитания и их роли в развитии патологических процессов и заболеваний человека	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять морфофункциональную оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур человека в связи влиянием факторов среды обитания и их роли в развитии патологических процессов и заболеваний человека	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять морфофункциональную оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур человека в связи влиянием факторов среды обитания и их роли в развитии патологических процессов и заболеваний человека	Сформированное умение осуществлять морфофункциональную оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур человека в связи влиянием факторов среды обитания и их роли в развитии патологических процессов и заболеваний человека	Собеседование по ситуациям, задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуациям, задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков использования методов клинко-анатомического анализа при оценке роли природных и медико-социальных факторов среды обитания человека	В целом успешное, но не систематическое применение навыков использования методов клинко-анатомического анализа при оценке роли природных и медико-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков использования методов клинко-анатомического анализа при оценке роли	Успешное и систематическое применение навыков использования методов клинко-анатомического анализа при оценке роли природных и медико-	Собеседование по ситуациям, задачам, письменное тестирование,	Собеседование по ситуациям, задачам, письменное тестирование,

	в развитии и патологических процессов с целью осуществления профилактических мероприятий; -разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения	социальных факторов среды обитания человека в развитии и патологических процессов с целью осуществления профилактических мероприятий; -разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения	природных и медико-социальных факторов среды обитания человека в развитии и патологических процессов с целью осуществления профилактических мероприятий; -разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения	социальных факторов среды обитания человека в развитии и патологических процессов с целью осуществления профилактических мероприятий; -разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения	доклад, разбор клинических случаев	прием практических навыков
--	--	--	---	--	------------------------------------	----------------------------

ПК-3

Знать	Фрагментарные знания директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; -показателей здоровья населения; -показателей распространенности и заболеваемости, заболеваемости и смертности; -основ медико-социальной экспертизы; -медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Общие, но не структурированные знания директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; -показателей здоровья населения; -показателей распространенности заболеваний, заболеваемости и смертности; -основ медико-социальной экспертизы; -медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; -показателей здоровья населения; -показателей распространенности заболеваний, заболеваемости и смертности; -основ медико-социальной экспертизы; -медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Сформированные систематические знания директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; -показателей здоровья населения; -показателей распространенности заболеваний, заболеваемости и смертности; -основ медико-социальной экспертизы; -основ медико-социальной экспертизы; -медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Собеседование по ситуациям, задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуациям, письменное тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение собирать данные для медико-статистического	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение собирать	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение	Сформированное умение собирать данные для медико-	Собеседование по ситуациям	Собеседование по ситуациям

	анализа; -использовать информационные компьютерные системы в здравоохранении; - проанализировать результаты исследования	данные для медико- статистического анализа; -использовать информационные компьютерные системы в здравоохранении; - проанализирова ть результаты исследования	собрать данные для медико- статистического анализа; -использовать информационные компьютерные системы в здравоохранении; - проанализирова ть результаты исследования	статистическо го анализа; -использовать информацион ные компьютерны е системы в здравоохранен ии; - проанализир овать результаты исследования	м задача м, письме нное тестиро вание, доклад, разбор клинич еских случаев	м задачам , письме нное тестиро вание, прием практи ческих навыко в
Владеть	Фрагментарное применение способности анализировать и интерпретировать результаты медико- статистических исследований о показателях заболеваемости и смертности	В целом успешное, но не систематическое применение способности анализировать и интерпретировать результаты медико- статистических исследований о показателях заболеваемости и смертности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение способности анализировать и интерпретировать результаты медико- статистических исследований о показателях заболеваемости и смертности	Успешное и систематическ ое применение способности анализировать и интерпретиро вать результаты медико- статистически х исследований о показателях заболеваемост и и смертности	Собесе довани е по ситуац ионны м задача м, письме нное тестиро вание, доклад, разбор клинич еских случаев	Собесе довани е по ситуац ионны м задачам , письме нное тестиро вание, прием практи ческих навыко в
ПК-4						
Знать	Фрагментарные знания учения о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологичес ком, синдромологическо м и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; -принципов оформления патологоанатомиче ского диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти.	Общие, но не структурированн ые знания учения о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологиче ском, синдромологичес ком и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; -принципов оформления патологоанатоми ческого диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации	Сформированные , но содержащие отдельные пробелы знания учения о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологиче ском, синдромологичес ком и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; -принципов оформления патологоанатоми ческого диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической	Сформирован ные систематическ ие знания учения о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатолог ическом, синдромологи ческом и нозологическо м принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; -принципов оформления патологоанато мического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями	Собесе довани е по ситуац ионны м задача м, письме нное тестиро вание, доклад, разбор клинич еских случаев	Собесе довани е по ситуац ионны м задачам , письме нное тестиро вание, прием практи ческих навыко в

		болезней и причин смерти.	классификации болезней и причин смерти.	Международной статистической классификации болезней и причин смерти.		
Уметь	<p>Частично освоенное умение -собрать предварительную необходимую информацию об исследуемых объектах перед патолого-анатомическим исследованием;</p> <p>-произвести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа;</p> <p>-провести вскрытие умерших (новорожденных, мертворожденных и плодов), учитывая связь с пре- и перинатальной патологией с течением беременности и родов у матери;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний;</p> <p>-поставить и обосновать патолого-анатомический (патогистологический) диагноз;</p> <p>-заполнить медицинское свидетельство о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение -собрать предварительную необходимую информацию об исследуемых объектах перед патолого-анатомическим исследованием;</p> <p>-произвести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа;</p> <p>-провести вскрытие умерших (новорожденных, мертворожденных и плодов), учитывая связь с пре- и перинатальной патологией с течением беременности и родов у матери;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний;</p> <p>-поставить и обосновать патолого-анатомический (патогистологический) диагноз;</p> <p>-заполнить медицинское свидетельство о смерти с учетом требований Международной</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение -собрать предварительную необходимую информацию об исследуемых объектах перед патолого-анатомическим исследованием;</p> <p>-произвести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа;</p> <p>-провести вскрытие умерших (новорожденных, мертворожденных и плодов), учитывая связь с пре- и перинатальной патологией с течением беременности и родов у матери;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний;</p> <p>-поставить и обосновать патолого-анатомический (патогистологический) диагноз;</p> <p>-заполнить медицинское свидетельство о смерти с учетом требований Международной</p>	<p>Сформированное умение -собрать предварительную необходимую информацию об исследуемых объектах перед патолого-анатомическим исследованием;</p> <p>-произвести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа;</p> <p>-провести вскрытие умерших (новорожденных и плодов), учитывая связь с пре- и перинатальной патологией с течением беременности и родов у матери;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний;</p> <p>-поставить и обосновать патолого-анатомически</p>	<p>Собесе дование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев</p>	<p>Собесе дование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков</p>

		статистической классификации болезней и причин смерти	статистической классификации болезней и причин смерти	й (патогистологический) диагноз; -заполнить медицинское свидетельство о смерти с учетом требований Международной статистической классификации и болезней и причин смерти		
Владеть	Фрагментарное применение навыков оценки предварительной информации перед вскрытием или биопсийном исследовании; -осмотра и вскрытия трупа; - проведения проб на воздушную и жировую эмболию; на наличие воздуха в плевральных полостях; проб на ишемию миокарда; -раздельного взвешивания отделов сердца; - морфометрических исследований; - выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей; - макроскопического описания органов и тканей, при необходимости фотографирования и зарисовки; -взятия из присланного материала кусочков (участков) для последующего микроскопического исследования -исследования	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оценки предварительной информации перед вскрытием или биопсийном исследовании; -осмотра и вскрытия трупа; - проведения проб на воздушную и жировую эмболию; на наличие воздуха в плевральных полостях; проб на ишемию миокарда; -раздельного взвешивания отделов сердца; - морфометрических исследований; - выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей; - макроскопического описания органов и тканей, при необходимости фотографирования и зарисовки; -взятия из присланного материала	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оценки предварительной информации перед вскрытием или биопсийном исследовании; -осмотра и вскрытия трупа; - проведения проб на воздушную и жировую эмболию; на наличие воздуха в плевральных полостях; проб на ишемию миокарда; -раздельного взвешивания отделов сердца; - морфометрических исследований; - выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей; - макроскопического описания органов и тканей, при необходимости фотографирования и зарисовки; -взятия из	Успешное и систематическое применение навыков оценки предварительной информации перед вскрытием или биопсийном исследовании; -осмотра и вскрытия трупа; - проведения проб на воздушную и жировую эмболию; на наличие воздуха в плевральных полостях; проб на ишемию миокарда; -раздельного взвешивания отделов сердца; - морфометрических исследований; - выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей; - макроскопического описания органов и тканей, при необходимости фотографирования и зарисовки; -взятия из	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков

	гистологических препаратов (секционного, операционного и биопсийного материала); -отбора гистологического препарата для микрофотографирования	кусочков (участков) для последующего микроскопического исследования -исследования гистологических препаратов (секционного, операционного и биопсийного материала); -отбора гистологического препарата для микрофотографирования	присланного материала кусочков (участков) для последующего микроскопического исследования -исследования гистологических препаратов (секционного, операционного и биопсийного материала); -отбора гистологического препарата для микрофотографирования	макроскопического описания органов и тканей, при необходимости и фотографирования и зарисовки; -взятия из присланного материала кусочков (участков) для последующего микроскопического исследования -исследования гистологических препаратов (секционного, операционного и биопсийного материала); -отбора гистологического препарата для микрофотографирования		
--	---	---	---	---	--	--

ПК-5

Знать	Фрагментарные знания законодательных и директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; методов морфологического исследования и диагностики объектов исследования; правил взятия, упаковки и направления биопсийного материала, -методов выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей	Общие, но не структурированные знания законодательных и директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; методов морфологического исследования и диагностики объектов исследования; правил взятия, упаковки и направления биопсийного материала, -методов выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания законодательных и директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; методов морфологического исследования и диагностики объектов исследования; правил взятия, упаковки и направления биопсийного материала, -методов выбора и взятия для гистологического исследования участков органов и тканей	Сформированные систематические знания законодательных и директивных документов, регламентирующих отраслевую статистическую отчетность; методов морфологического исследования и диагностики объектов исследования; правил взятия, упаковки и направления биопсийного материала, -методов выбора и взятия для гистологического	Собеседованное по ситуации задание, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседованное по ситуации задание, письменное тестирование, прием практических навыков
-------	--	---	--	--	---	---

				ого исследования участков органов и тканей		
Уметь	Частично освоенное умение провести сличение клинического и патологоанатомического диагноза, оценить тактику ведения больного на основании анализа истории болезни и представленной медицинской документации; в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы государственной статистики новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» или оформления клинико-анатомического эпикриза; -составления отчетов по заболеваемости и смертности «взамен окончательного»	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение провести сличение клинического и патологоанатомического диагноза, оценить тактику ведения больного на основании анализа истории болезни и представленной медицинской документации; в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы государственной статистики новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» или оформления клинико-анатомического эпикриза; -составления отчетов по заболеваемости и смертности «взамен окончательного»	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение провести сличение клинического и патологоанатомического диагноза, оценить тактику ведения больного на основании анализа истории болезни и представленной медицинской документации; в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы государственной статистики новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» или оформления клинико-анатомического эпикриза; -составления отчетов по заболеваемости и смертности «взамен окончательного»	Сформированное умение провести сличение клинического и патологоанатомического диагноза, оценить тактику ведения больного на основании анализа истории болезни и представленной медицинской документации; в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы государственной статистики новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» или оформления клинико-анатомического эпикриза; -составления отчетов по заболеваемости и смертности «взамен окончательного»	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков составления	В целом успешное, но не систематическое применение	В целом успешное, но содержащее отдельные	Успешное и систематическое применение навыков	Собеседование по ситуац	Собеседование по ситуац

	отчетов по заболеваемости и смертности	навыков составления отчетов по заболеваемости и смертности	пробелы применение навыков составления отчетов по заболеваемости и смертности	составления отчетов по заболеваемости и смертности	ионны м задача м, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	ионны м задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
ПК-8						
Знать	Фрагментарные знания методов медицинской статистики	Общие, но не структурированные знания методов медицинской статистики	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов медицинской статистики	Сформированные систематические знания методов медицинской статистики	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение проводить медико-статистический анализ качества прижизненной диагностики и лечения; -анализировать показатели своей практической работы; оказывать консультативную помощь врачам-патологоанатомам и врачам других медицинских специальностей	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить медико-статистический анализ качества прижизненной диагностики и лечения; -анализировать показатели своей практической работы; оказывать консультативную помощь врачам-патологоанатомам и врачам других медицинских специальностей	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить медико-статистический анализ качества прижизненной диагностики и лечения; -анализировать показатели своей практической работы; оказывать консультативную помощь врачам-патологоанатомам и врачам других медицинских специальностей	Сформированное умение проводить медико-статистический анализ качества прижизненной диагностики и лечения; - анализировать показатели своей практической работы; оказывать консультативную помощь врачам-патологоанатомам и врачам других медицинских специальностей	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	Собеседование по ситуационным задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков подготовки и проведения	В целом успешное, но не систематическое применение навыков	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы	Успешное и систематическое применение навыков подготовки и	Собеседование по ситуационным	Собеседование по ситуационным

клинико-анатомических конференций; -подготовки отчетов и формулировки выводов на основе анализа данных; - оценки качества диагностической и лечебно-профилактической помощи	подготовки и проведения клинико-анатомических конференций; -подготовки отчетов и формулировки выводов на основе анализа данных; - оценки качества диагностической и лечебно-профилактической помощи	применение навыков подготовки и проведения клинико-анатомических конференций; -подготовки отчетов и формулировки выводов на основе анализа данных; - оценки качества диагностической и лечебно-профилактической помощи	проведения клинико-анатомических конференций; -подготовки отчетов и формулировки выводов на основе анализа данных; - оценки качества диагностической и лечебно-профилактической помощи	М задача М, письменное тестирование, доклад, разбор клинических случаев	М задачам, письменное тестирование, прием практических навыков
---	---	--	--	---	--

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к экзамену, собеседованию текущего контроля, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8)

1. Цели и задачи патологической анатомии. Методы исследования в патологической анатомии.
2. Дистрофия. Классификация дистрофий. Патологические изменения в клетке, вызванные гипоксией. Исходы.
3. Патология клетки. Механизм появления жира в клетке.
4. Обмен билирубина в норме. Желтухи, виды, патогенез.
5. Нарушения обмена кальция. Патологическое обызвествление.
6. Гемоглобинные пигменты. Причины и условия их образования.
7. Обмен железа в организме. Гемосидероз, его виды, клиническое значение.
8. Нарушение обмена экзогенного и эндогенного железа. Гемосидероз, гемохроматоз.
9. Амилоидоз. Классификация. Химический состав амилоида. Способы его выявления.
10. Вторичный амилоидоз. Причины. Поражение почек, клинико-анатомические стадии.
11. Некроз. Причины. Клинико-анатомические варианты. Апоптоз, его значение.
12. Эмболии. Виды и следствия эмболий. Тромбоэмболия легочной артерии.
13. Тромбоз. Определение. Условия, предрасполагающие к тромбообразованию. Строение тромбов, их морфология.
14. Тромбоз. Причины. Исходы.
15. Ишемия. Причины и следствия.
16. Особенности образования и структуры тромбов в различных отделах сосудистого русла. ДВС. Причины. Стадии.
17. Инфаркты. Причины и условия образования инфарктов. Виды инфарктов. Исходы.
18. Кровотечения и кровоизлияния. Причины, механизм, следствия.
19. Причины и механизм развития острого и хронического венозного полнокровия в большом круге кровообращения.
20. Причины и механизм развития острого и хронического венозного полнокровия в малом круге кровообращения.
21. Регенераторные особенности различных тканей. Понятие о лабильных, устойчивых и стабильных клетках.
22. Регенерация, ее формы.
23. Регенераторные особенности различных тканей. Полная и неполная регенерация.
24. Регенерация эпителия. Заживление ран.
25. Регенерация соединительной, костной тканей, сосудов.

26. Атрофия, ее морфологические проявления. Виды атрофии в связи с причинами возникновения.
27. Гипертрофия и гиперплазия. Формы гипертрофии.
28. Морфологическая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей.
29. Свойства злокачественных опухолей. Их влияние на организм.
30. Рак. Гистологические формы.
31. Мезенхимальные опухоли. Гистологические формы доброкачественных и злокачественных опухолей. Пути метастазирования.
32. Доброкачественные и злокачественные опухоли из пигментобразующей ткани. Пути метастазирования.
33. Виды атипизма в опухолях.
34. Рак легкого. Клинико-анатомические и гистологические формы. Пути метастазирования. Осложнения.
35. Предраковые состояния и рак шейки и тела матки.
36. Рак желудка. Клинико-анатомические варианты. Гистологические формы. Пути метастазирования. Осложнения.
37. Предраковые состояния и рак молочной железы. Клинико-анатомические формы.
38. Острые лейкозы. Формы. Патогенез. Патологическая анатомия. Причины смерти.
39. Хронические лимфо- и миелолейкозы. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
40. Лимфогранулематоз. Классификация.
41. Неходжкинские лимфомы. Классификация.
42. Доброкачественные и злокачественные опухоли из мышечной и нервной ткани. Пути метастазирования.
43. Острое экссудативное воспаление. Варианты. Исходы.
44. Острое воспаление. Роль местных и мигрирующих клеток в воспалительной реакции. Медиаторы воспаления. Клинические проявления воспаления.
45. Воспаление. Определение. Сосудистые, клеточные и тканевые изменения при остром воспалении. Стадии воспаления.
46. Хроническое воспаление. Причины. Виды. Клеточный состав хронического воспаления.
47. Хроническое гранулематозное воспаление. Особенности формирования паразитарной и силикотической гранулем.
48. Хроническое гранулематозное воспаление. Особенности формирования туберкулезной и сифилитической гранулем.
49. ГНТ. Анафилактические реакции.
50. ГНТ. Реакции цитотоксического типа.
51. ГНТ. Иммунокомплексные реакции.
52. ГЗТ. Особенности формирования и структура туберкулезной гранулемы. Реакция Манту.
53. Морфологические изменения в лимфатических узлах при антигенной стимуляции.
54. Атеросклероз. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения атеросклероза аорты.
55. Атеросклероз. Изменения в головном мозге, кишечнике, нижних конечностях.
56. Атеросклероз венечных артерий. Морфологические и клинические проявления.
57. ИБС. Патогенез. Формы.
58. Инфаркт миокарда. Патологическая анатомия. Осложнения.
59. ИБС. Стенокардия, инфаркт миокарда. Осложнения.
60. Эссенциальная артериальная гипертензия. Системы регуляции артериального давления.
61. Эссенциальная артериальная гипертензия. Формы. Патологическая анатомия. Осложнения.
62. Симптоматическая артериальная гипертензия. Виды. Осложнения.
63. Ревматизм. Этиология. Патогенез. Стадии ревматического процесса. Патологическая анатомия.
64. Ревматический эндокардит. Механизм формирования клапанных пороков.
65. Приобретенные пороки сердца. Формы. Гемодинамические нарушения при стенозе митрального клапана.

66. Пневмококковая пневмония. Патогенез по Рокитанскому и Лешке-Цинзерлингу. Исходы. Осложнения.
67. Пневмонии, вызванные стафилококком, стрептококком, клебсиеллой и синегнойной палочкой. Особенности патогенеза. Патологическая анатомия.
68. ХОБЛ. Этиология, патогенез хронического бронхита. Осложнения.
69. ХОБЛ. Эмфизема легких. Патогенез «легочного сердца».
70. Пневмокониозы. Формы. Патологическая анатомия.
71. Аппендицит. Классификация. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
72. Вирусный гепатит А. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
73. Вирусный гепатит В. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
74. Вирусный гепатит С. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
75. Фульминантный гепатит. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
76. Панкреонекроз. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия.
77. Язвенная болезнь желудка. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
78. Язвенная болезнь ДПК. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
79. Холецистит. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
80. Хронический гастрит. Классификация. Патогенез отдельных форм.
81. Хронический гепатит. Патогенез. Морфология. Исходы.
82. Циррозы печени. Формы. Морфология.
83. Циррозы печени. Осложнения.
84. Алкогольный гепатит. Патогенез. Исходы.
85. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Патогенез. Морфология. Исходы.
86. Подострый быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Патогенез. Морфология. Исходы.
87. Хронический гломерулонефрит. Классификация. Патогенез. Морфология. Исходы.
88. Липоидный нефроз. Патогенез. Морфология. Исходы.
89. Острый пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Морфология. Исходы.
90. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Морфология. Исходы.
91. Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Стадии. Морфология. Исходы.
92. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология. Патогенез. Морфология. Исходы.
93. Сахарный диабет, 1 тип. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
94. Сахарный диабет, 2 тип. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
95. Эндемический зоб. Патогенез. Патологическая анатомия изменений в щитовидной железе.
96. Тиреотоксический зоб (Базедов зоб). Патогенез. Патологическая анатомия изменений в щитовидной железе, сердце.
97. Системная красная волчанка. Патогенез. Морфология. Исходы.
98. Узелковый артериит. Этиология. Патогенез. Основные формы.
99. Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Клинико-морфологические проявления. Исходы.
100. Грипп. Парагрипп. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
101. Респираторно-синцитиальная инфекция. Аденовирусная инфекция. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
102. Дифтерия. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
103. Ложный и истинный круп. Этиология. Патологическая анатомия.
104. Холера. Этиология. Патогенез. Основные морфологические проявления заболевания.
105. Брюшной тиф. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
106. Сальмонеллез. Классификация. Патогенез. Патологическая анатомия.
107. Менингококковая инфекция. Формы. Патогенез. Патологическая анатомия.
108. Дизентерия (шигеллез). Этиология. Патогенез. Особенности поражения кишечника различными штаммами шигелл. Осложнения.
109. Первичный туберкулез. Этиология. Факторы вирулентности микобактерии. Патогенез.

110. Первичный туберкулез. Первичный туберкулезный комплекс, его локализация. Морфология. Исходы.
111. Гематогенный туберкулез. Клинико-анатомические формы. Легочные и внелегочные поражения.
112. Вторичный туберкулез. Классификация. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
113. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
114. Синдром системного воспалительного ответа. Клинические признаки.
115. Сепсис. Септикопиемия. Характер флоры. Патогенез. Патологическая анатомия.
116. Сепсис. Септицемия. Характер флоры. Инфекционно-токсический шок. Патогенез. Патологическая анатомия.
117. Сепсис. Инфекционный эндокардит. Патогенез. Патологическая анатомия.
118. Патология реанимации и интенсивной терапии.
119. Ятрогенные заболевания.
120. Алкогольная болезнь.
121. Детские инфекции: корь, скарлатина, полиомиелит.
122. Клеточный и гуморальный иммунитет. Механизмы аллергии
123. Механизмы иммунодефицитных состояний. Механизмы специфической и неспецифической защиты.
124. Медиаторы гуморального и клеточного иммунитета. Иммуномодуляторы.
125. Общее учение о патоморфозе. Патоморфоз туберкулеза, дифтерии, сыпного тифа.
126. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний. Пункционная биопсия в диагностике заболеваний печени, почек, других органов.
127. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний. Эндоскопическая биопсийная диагностика заболеваний легких, желудочно-кишечного тракта.
128. Нормативно-правовая база патологоанатомической службы. Структура патологоанатомической службы страны: ПАО, ЦПАО, ПАБ.
129. Патологоанатомическая документация, правовые, инструктивные, регламентирующие документы. Клинико-анатомические конференции. Организация работы подкомиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных и клинико-экспертных комиссий.
130. Пре- и перинатальная диагностика заболеваний: патология пренатального периода, перинатального периода. Патология последа.
131. Патология беременности и родов: ранние и поздние токсикозы беременности.
132. Невынашивание беременности. Трофобластические болезни.
133. Патологическая анатомия основных стоматологических заболеваний. Воспалительные заболевания зубочелюстной системы и полости рта. Новообразования зубочелюстной системы и полости рта.

Критерии оценки:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

3.2. Примерные темы докладов, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8)

1. Мезенхимальные опухоли. Гистологические формы доброкачественных и злокачественных опухолей. Пути метастазирования.
2. Доброкачественные и злокачественные опухоли из пигментобразующей ткани. Пути метастазирования.
3. Рак легкого. Клинико-анатомические и гистологические формы. Пути метастазирования. Осложнения.
4. Предраковые состояния и рак шейки и тела матки.
5. Рак желудка. Клинико-анатомические варианты. Гистологические формы. Пути метастазирования. Осложнения.
6. Предраковые состояния и рак молочной железы. Клинико-анатомические формы.
7. Острые лейкозы. Формы. Патогенез. Патологическая анатомия. Причины смерти.
8. Хронические лимфо- и миелолейкозы. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения.
9. Лимфогранулематоз. Классификация.
10. Неходжкинские лимфомы. Классификация.
11. Доброкачественные и злокачественные опухоли из мышечной и нервной ткани. Пути метастазирования.
12. ГНТ. Анафилактические реакции. ГНТ. Реакции цитотоксического типа. ГНТ. Иммунокомплексные реакции. ГЗТ. Особенности формирования и структура туберкулезной гранулемы. Реакция Манту.
13. Атеросклероз. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Осложнения атеросклероза. Изменения в головном мозге, кишечнике, нижних конечностях. Атеросклероз венечных артерий. Морфологические и клинические проявления.
14. ИБС. Патогенез. Формы. Инфаркт миокарда. Патологическая анатомия. Осложнения. Стенокардия. Осложнения.
15. Эссенциальная артериальная гипертензия. Формы. Патологическая анатомия. Осложнения. Симптоматическая артериальная гипертензия. Виды. Осложнения.
16. Ревматизм. Этиология. Патогенез. Стадии ревматического процесса. Патологическая анатомия. Ревматический эндокардит. Механизм формирования клапанных пороков. Приобретенные пороки сердца. Формы. Гемодинамические нарушения при стенозе митрального клапана.
17. Пневмококковая пневмония. Патогенез по Рокитанскому и Лешке-Цинзерлингу. Исходы. Осложнения. Пневмонии, вызванные стафилококком, стрептококком, клебсиеллой и синегнойной палочкой. Особенности патогенеза. Патологическая анатомия.
18. ХОБЛ. Этиология, патогенез хронического бронхита. Осложнения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Патогенез «легочного сердца».

19. Вирусный гепатит А, В, С. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.
20. Циррозы печени. Формы. Морфология. Осложнения.
21. Алкогольный гепатит. Патогенез. Исходы.
22. Гломерулонефрит. Классификация. Патогенез. Морфология. Исходы.
23. Острый пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Морфология. Исходы.
24. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Морфология. Исходы.
25. Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Стадии. Морфология. Исходы.
26. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология. Патогенез. Морфология. Исходы.
27. Сахарный диабет. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Исходы.

Критерии оценки:

Критерии оценки:

Зачтено – ординатором доходчиво изложена тема доклада, с использованием современных подходов к пониманию процесса на основе последних достижений в медицине, подробно раскрыты все

вопросы входящие в освещение темы, доклад вызвал всеобщий интерес.

Не зачтено - ординатором плохо изложена тема доклада, не использованы методики современных подходов к пониманию процесса на основе последних достижений в медицине, слабо раскрыты все

вопросы, входящие в освещение темы, доклад вызвал всеобщее неодобрение.

3.3. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ

- А. аденокарциномы
 - Б. плоскоклеточного рака
 - В. недифференцированного рака
 - Г. перстневидноклеточного рака
- (УК-1, ПК-4, ПК-5)

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ЖЕЛУДКА

- А. блюдцеобразный
 - Б. грибовидный (фунгозный)
 - В. инфильтративно-язвенный
 - Г. поверхностный (ранний рак)
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

3. ПЕРВЫЕ ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- А. лимфоузлах кривизны желудка
 - Б. надключичных лимфатических узлах
 - В. лимфатических узлах пара ректальной клетчатки
 - Г. забрюшинных лимфатических узлах
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

4. ОПУХОЛЬ КРУКЕНБЕРГА ПРЕДСТАВЛЕНА

- А. метастазом рака желудка в яичники
- Б. первичным раком яичника солидного строения
- В. метастазом рака желудка в надключичные лимфатические узлы

Г. метастазом рака желудка в забрюшинные лимфатические узлы
(УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

5. ПЕРВЫЕ ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА РАСПОЛАГАЮТСЯ В

- А. печени
 - Б. теле позвонков
 - В. головном мозге
 - Г. большом сальнике
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

6. ПЕРВИЧНАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ИМЕЕТ СТРОЕНИЕ РАКА

- А. плоскоклеточного
 - Б. недифференцированного
 - В. перстневидноклеточного
 - Г. фиброзного (скиррозного)
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

7. ОБЛИГАТНОЕ ПРЕДРАКОВОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ

- А. дисплазия 3 степени
 - Б. плоскоклеточная метаплазия
 - В. очаговая гиперплазия
 - Г. дисплазия эпителия легкой степени
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПРЕДРАКОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ

- А. хронический бронхит
 - Б. хроническая пневмония
 - В. острый деструктивный бронхит
 - Г. хронический абсцесс легкого
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

9. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛЕГКИХ ЧАСТО ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ

- А. плоскоклеточного рака
 - Б. перстневидноклеточного рака
 - В. недифференцированной аденокарциномы
 - Г. железисто-плоскоклеточного рака
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

10. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛЕГКИХ ЧАСТО ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ

- А. недифференцированного рака
 - Б. недифференцированной аденокарциномы
 - В. железисто-плоскоклеточного рака
 - Г. бронхоальвеолярной карциномы
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

- А. прогрессирование опухоли
- Б. осложнения гнойного характера
- В. острая легочно-сердечная недостаточность

Г. хроническая легочно-сердечная недостаточность
(УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ДИАГНОСТИРУЕМАЯ В ОПЕРАЦИОННОМ МАТЕРИАЛЕ

- А. протоковый инфильтрирующий рак
 - Б. протоковый неинфильтрирующий рак
 - В. дольковый неинфильтрирующий рак
 - Г. пестневидноклеточный (слизистый) рак
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

13. К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОВЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- А. дисплазия 3 степени
 - Б. дисплазия легкой степени
 - В. дисплазия умеренной степени
 - Г. плоскоклеточная метаплазия
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

- А. плоскоклеточный неороговевающий рак
 - Б. высокодифференцированная аденокарцинома
 - В. низкодифференцированный аденогенный рак
 - Г. умереннодифференцированная аденокарцинома
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

15. ОБЛИГАТНОЕ ПРЕДРАКОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ

- А. атипичная сложная гиперплазия эндометрия
 - Б. типичная простая железистая гиперплазия эндометрия
 - В. железистый гиперпластический полип эндометрия
 - Г. хронический неспецифический полипозный эндометрит
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

- А. аденокарцинома
 - Б. железисто-плоскоклеточный рак
 - В. недифференцированный рак
 - Г. плоскоклеточный неороговевающий рак
- (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

17. ДЕЛЕНИЕ ЛЕЙКОЗОВ НА ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ОСНОВАНО НА

- А. степени дифференцировки лейкозных клеток
 - Б. возможности развития при лейкозе бластного криза
 - В. характере и длительности течения заболевания
 - Г. отрицательном или положительном эффекте от лечения
- (УК-1, ПК-4, ПК-5)

18. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ БЛАСТНОГО КРИЗА ПРИ ЛЕЙКОЗЕ ЛЕЖИТ

- А. резкое озлокачествление опухоли
- Б. подавление пролиферации лейкозных клеток
- В. уменьшения объема лейкозных инфильтратов
- Г. угнетение красного ростка кроветворения

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

- А. лимфобластный
- Б. лимфоплазмобластный
- В. эритромиелобластный
- Г. промиелоцитарный

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

20. К ЛЕЙКОЗАМ МИЕЛОЦИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А. миелолейкоз
- Б. миеломная болезнь
- В. лимфогранулематоз
- Г. лимфоцитарный лейкоз

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

21. СИНОНИМ ПОЛИКЛОНОВОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕЙКОЗА

- А. бластный криз
- Б. доброкачественная стадия
- В. стадия развития осложнений
- Г. стадия развития геморрагического синдрома

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

22. ПИОИДНЫЙ КОСТНЫЙ МОЗГ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А. миелоцитарном лейкозе
- Б. парапротеинемическом лейкозе
- В. хроническом лимфоцитарном лейкозе
- Г. остром лимфобластном лейкозе

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

23. РАННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ВИДЕ ПАКЕТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. лимфомы Ходжкина
- Б. хронического миелоцитарного лейкоза
- В. острого миелобластного лейкоза
- Г. хронического моноцитарного лейкоза

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

24. КЛЕТКИ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПРИРОДЫ ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

- А. эозинофильные лейкоциты
- Б. многоядерные клетки Рид-Штернберга
- В. стромальные ретикулярные клетки
- Г. одноядерные клетки Ходжкина

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

25. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА СЕЛЕЗЕНКА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- А. порфировая
- Б. септическая селезенка
- В. саговая селезенка
- Г. глазурная селезенка

(УК-1, ПК-4, ПК-5)

26. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ СТЕНКИ АРТЕРИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

- А. изъязвление фиброзной бляшки
 - Б. разрастание фиброзной ткани в бляшке
 - В. отложение солей кальция (петрификация)
 - Г. пролиферация гладкомышечных клеток
- (УК-1, ПК-4, ПК-5)

27. ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ, ОТНОСЯЩЕЕСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ

- А. тромбообразование
 - Б. изъязвление фиброзной бляшки
 - В. отложение солей кальция
 - Г. инфильтрация интимы липидами
- (УК-1, ПК-4, ПК-5)

28. В СТАДИИ АТЕРОМАТОЗА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКЕ

- А. образуется детрит
 - Б. откладывается холестерин
 - В. новообразуются кровеносные сосуды
 - Г. разрастается соединительная ткань
- (УК-1, ПК-4, ПК-5)

29. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В

- А. аорте
 - Б. коронарной артерии
 - В. сонной артерии
 - Г. подвздошной артерии
- (УК-1, ПК-4, ПК-5)

30. ЗАМЕНА «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ» НА ДРУГОЕ НОВОЕ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ

- А. письменного заявления лица, утратившего первое свидетельство
 - Б. устной просьбы лица, утратившего первое свидетельство о смерти
 - В. просьбы работников ЗАГСа, утративших медицинские документы
 - Г. в случаях особого распоряжения главного врача данной больницы
- (УК-1, ПК-4, ПК-5)

31. ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖНО УКЛАДЫВАТЬСЯ В СРОК

- А. 1,5 - 12 месяцев
 - Б. 12,5 - 20 месяцев
 - В. 20, 5 – 24 месяца
 - Г. 20,5 - многие годы
- (УК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8)

Критерии оценки:

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.4. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Задача 1. (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

Больной М. 62-х лет, заядлый курильщик, длительное время страдает хронической патологией бронхов. Неоднократно обращался к врачам, получал соответствующее лечение. Во время последнего обращения к врачу при рентгенологическом исследовании легких обнаружен ателектаз. В связи с этим назначена и выполнена бронхоскопия.

При бронхоскопии осмотрена слизистая оболочка нижнего долевого бронха, обнаружено небольшого размера образование на широком основании с неровной шероховатой поверхностью, немного выступающее в просвет бронха. Предположительно последнее было расценено как рост злокачественной опухоли. Произведена биопсия. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.

В гистологических препаратах, изготовленных из биопсийного материала, при окраске гематоксилин-эозин врач-патологоанатом обнаружил фрагменты опухоли, имеющей строение плоскоклеточного неороговевающего рака, а также фрагменты слизистой оболочки бронха с гистологической картиной хронического воспалительного процесса и предраковыми изменениями эпителия.

Вопросы:

1. Опишите возможные гистологические изменения слизистой оболочки бронха, соответствующие диагнозу хронический бронхит.
2. Назовите возможные предраковые изменения эпителия слизистой оболочки бронхов при хроническом бронхите. Какое изменение эпителия имеет наибольшее значение при развитии рака?
3. Опишите гистологическую картину плоскоклеточного неороговевающего рака.
4. С какими гистологическими вариантами карцином необходимо дифференцировать плоскоклеточный рак?
5. Почему важно максимально точно установить гистологический вариант карциномы на уровне исследования биопсийного материала?

Ответы:

1. При хроническом бронхите в стенке бронха имеется лимфогистиоцитарная инфильтрация, возможно с добавлением других клеток воспалительного ряда, фиброз, гиперпродукция слизи слизистыми железами, может быть разрастание грануляционной ткани, разноплановые изменения эпителия слизистой оболочки (атрофия, гиперплазия, метаплазия, дисплазия).
2. К предраковым изменениям эпителия слизистой оболочки бронха можно отнести гиперплазию, метаплазию, дисплазию 1,2,3 степени. Наибольшее значение при развитии рака имеет дисплазия эпителия 3 степени, так как она непосредственно предшествующее развитию рака
3. Плоскоклеточный рак – это опухоль, имеющая органоидное строение, то есть состоящая из двух четко сформированных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима опухоли представлена полями, тяжами, комплексами атипичных клеток, имеющих сходство с клетками многослойного плоского эпителия. Строма опухоли состоит из узких прослоек соединительной ткани.
4. Плоскоклеточный рак необходимо дифференцировать с вариантами аденогенного рака, особенно аденокарциномой низкой степени дифференцировки и недифференцированным раком.
5. Точно установленный гистологический вариант опухоли дает возможность адекватно планировать лечение больного, планировать оперативное лечение, подбирать наиболее эффективные курсы химиотерапии.

Задача 2. (УК-1, ПК-4, ПК-5)

Больному Н. 47-ми лет с клиническим диагнозом «рак желудка средней трети малой кривизны» произведено оперативное вмешательство. Удаленный желудок направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.

В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала на малой кривизне желудка обнаружена опухоль 6х5 см, растущая в просвет в виде узла с неровной бугристой поверхностью, изъязвлением в центре, валикообразно приподнятыми краями. На поперечном срезе, произведенном через опухоль, глубокий рост белесоватой однородной ткани практически через всю толщу стенки желудка. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков), в том числе забраны в обработку все обнаруженные регионарные лимфатические узлы.

При окрасе гематоксилин-эозин в гистологических препаратах найдена раковая опухоль, имеющая строение высокодифференцированной аденокарциномы (рака кишечного типа), при гистологическом исследовании лимфатических узлов метастазов не обнаружено.

Вопросы:

1. Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка обнаружена в операционном материале? Обоснуйте свой ответ.
2. Опишите гистологическое строение аденокарциномы кишечного типа?
3. Как вы оцените в прогностическом отношении такое гистологическое строение рака?
4. Укажите правила вырезки фрагментов (кусочков) из подобного операционного материала. Сколько фрагментов необходимо вырезать, из каких мест, сколько забирать в обработку обнаруженных лимфатических узлов?
5. Какая информация должна быть отражена в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования в разделе микроскопическое описание кроме констатации гистологического типа опухоли в данном случае?

Ответы:

1. В операционном материале блюдцеобразный рак желудка. Опухоль растет в просвет желудка в виде экзофитного образования, в центральной зоне которого некроз с формированием изъязвления.
2. Аденокарцинома является гистологической разновидностью аденогенного рака, имеет органоидное строение, т.е. сформирована из двух четко выраженных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима представлена атипичными клетками, образующими железистоподобные структуры с просветами. Атипичные клетки имеют сходство с эпителием кишечного типа. Строма представлена узкими прослойками соединительной ткани.
3. В сравнительном отношении аденокарцинома кишечного типа является наиболее высоко дифференцированной раковой опухолью желудка, поэтому имеет относительно благоприятный прогноз.
4. Вырезаются 1-2 фрагмента (кусочка) из опухоли вне некроза, фрагмент из зоны по границе опухоли с окружающими тканями, фрагмент из стенки желудка вне опухоли, забираются фрагменты из краев резекции и все регионарные лимфатические узлы
5. В протоколе прижизненного патологоанатомического исследования кроме констатации гистологического типа опухоли, указывается степень дифференцировки аденокарциномы (высокая, умеренная, низкая) или степень злокачественности 1,2,3, наличие в опухоли некроза, воспалительных клеточных инфильтратов, нарушений кровообращения. Определяется глубина инвазивного роста опухоли соответственно слоям стенки желудка, наличие или отсутствие роста опухоли в краях резекции, выявляется фоновое заболевание (например, хронический атрофический гастрит с дисплазией эпителия), наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах, реактивные или иные изменения лимфатических узлов.

Задача 3.

В патологоанатомическое отделение из операционной доставлен удаленный желудок. Клинический диагноз рак антрального отдела желудка, подтвержденный гистологическим исследованием биопсийного материала, взятого в рамках предоперационного исследования.

При осмотре со стороны слизистой оболочки в нижней трети тела и антральном отделе желудка складки неровные, грубые, соответственно им стенка резко утолщена, плотная, в выходном отделе просвет желудка сужен. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков).

По результатам микроскопического исследования гистологических препаратов в окраске гематоксилин-эозин и окраске альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией дано заключение слизистый рак (перстневидно клеточный рак). Установлен инвазивный рост опухоли практически на всю толщу стенки желудка с подрастанием под серозную оболочку, в регионарных лимфатических узлах метастазы раковой опухоли.

Вопросы:

1. Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка в операционном материале? Обоснуйте ответ.
2. Опишите гистологическое строение слизистого рака (перстневидно клеточного рака).
3. Назовите локализацию регионарных лимфатических узлов в желудке. Почему необходимо их гистологическое исследование? Какое количество лимфатических узлов необходимо исследовать?
4. Какая информация может быть получена при использовании дополнительной окраски альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией?
5. Оцените прогноз у данного больного, учитывая информацию, полученную при исследовании операционного материала (гистологический тип опухоли, глубина инвазивного роста опухоли, наличие метастазов). Обоснуйте ответ.

Ответы:

1. В операционном материале диффузный рак желудка. Стенка желудка утолщена, плотная, рельеф складок изменен, складки резко утолщены, деформированы.
2. Слизистый (перстневидно клеточный) рак имеет строение органоидной опухоли, то есть состоит из двух четко сформированных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима опухоли представлена полями атипичных клеток, продуцирующих большое количество слизи. Слизь в опухоли накапливается в виде «озер», в которых находятся опухолевые клетки. При накоплении слизи в цитоплазме опухолевых клеток последние приобретают округлую форму, ядро клетки отодвигается слизью на периферию, клетка приобретает вид «перстневидной». Строма состоит из узких прослоек соединительной ткани.
3. Регионарные лимфатические узлы желудка располагаются в виде цепочки вдоль большой и малой кривизны. Гистологическое исследование регионарных лимфатических узлов в операционном материале производится в первую очередь, чтобы обнаружить или исключить наличие в них метастазов, эта информация определяет стадию и прогноз болезни. В гистологическую обработку забираются все обнаруженные при вырезке лимфатические узлы.
4. При использовании окраски альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией вещества, находящиеся в слизи, окрашиваются в ярко-розовый или голубой цвет, поэтому раковые клетки, имеющие перстневидный вид хорошо верифицируются.
5. В данном случае у больного прогноз крайне неблагоприятный, срок жизни больного небольшой. Слизистый (перстневидноклеточный) рак желудка, относится к группе недифференцированных карцином, опухоль имеет глубокий инвазивный рост практически

на всю толщину стенки, а также имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах. Вся эта информация говорит об опухоли с высокой степенью злокачественности в стадии прогрессирования.

Задача 4. (УК-1, ПК-4, ПК-5)

У больной К. 42-х лет выявлена раковая опухоль левой молочной железы, по поводу которой произведена операция радикальная мастэктомии. Операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.

В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала в верхнем наружном квадранте молочной железы обнаружен плотный опухолевый узел диаметром 4 см, на разрезе белесоватого цвета, с нечеткими границами и мелкозернистой, тусклой поверхностью. В жировой клетчатке подмышечной области 5 лимфатических узлов разного размера, в том числе два плотных размером 1,5x1,0 см. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков) из опухолевого узла, из молочной железы вне опухоли, обнаруженных лимфатических узлов.

При микроскопическом исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, обнаружена раковая опухоль молочной железы, имеющая строение протокового инвазивного рака, в двух лимфатических узлах метастазы опухоли.

Вопросы:

1. Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы обнаружена в операционном материале?
2. Укажите правила вырезки операционного материала в данном случае. Сколько фрагментов (кусочков) вырезать, из каких зон опухоли и молочной железы, в каких количествах забирать лимфатические узлы?
3. Назовите основные гистологические варианты рака молочной железы согласно последней Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при микроскопическом исследовании операционного материала.
4. Назовите наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в операционном материале.
5. Какова частота рака молочной железы в настоящее время? Почему она такова?

Ответы:

1. В операционном материале узловая форма рака молочной железы.
2. При вырезке операционного материала в удаленной молочной железе вырезают 1-2 фрагмента (кусочка) из опухолевого узла, фрагмент на границе опухоли с окружающими тканями, фрагмент из молочной железы вне опухоли, в гистологическую обработку забираются все обнаруженные лимфатические узлы.
3. Основные гистологические варианты рака молочной железы: протоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа), дольковый инвазивный рак, микроинвазивный рак, другие редкие формы рака (медулярный, слизистый, тубулярный и др.).
4. В операционном материале наиболее часто диагностируется протоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа).
5. В настоящее время в развитых странах мира и в нашей стране рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин, частота его имеет тенденцию роста. Высокая частота рака молочной железы связана, видимо, с дисгормональным состоянием женщин в развитых странах, где катастрофически снижается рождаемость, нет длительного периода грудного вскармливания, широко распространены

дисгормональные заболевания молочных желез (мастопатии, папилломатоз), имеются и другие факторы.

Задача 5. (УК-1, ПК-4, ПК-5)

На патологоанатомическое вскрытие поступил труп женщины 52-х лет с клиническим диагнозом «рак левой молочной железы, состояние после радикальной мастэктомии, дата ____, метастазы в печени, головном мозге, костях позвоночника».

Радикальная мастэктомия произведена год назад. Согласно гистологическому типу обнаруженной в операционном материале карциномы и результатам иммуногистохимического исследования, в том числе на выявление экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевых клетках, была назначена и выполнена активная противоопухолевая терапия. Значительного положительного эффекта добиться не удалось, быстро развились отдаленные метастазы в различные органы, наступила смерть.

На патологоанатомическом вскрытии найдены множественные метастазы рака в печени, головном мозге, костях позвоночника, почках. По данным аутопсии, непосредственной причиной смерти больной явилось прогрессирование злокачественной опухоли.

Вопросы:

1. Назовите основные гистологические варианты карцином молочной железы согласно Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ, которые выявляют при исследовании операционного материала в обзорных окрасках?
2. Назовите возможные дополнительные методы исследования карцином молочной железы при изучении на уровне операционного материала? Какова их цель?
3. Что вы можете сказать о метастазировании рака молочной железы. Наиболее типичные пути метастазирования, редкие пути? Где локализуются ранние метастазы, где отдаленные? Каким путем развились метастазы в печень, головной мозг, кости позвоночника у умершей, которая описана в задаче?
4. Как можно объяснить летальный исход от прогрессирования злокачественной опухоли?
5. Уточните в целом прогноз у больных при раке молочной железы. Объясните, почему такой?

Ответы:

1. Основные гистологические варианты карцином молочной железы: потоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа), дольковый инвазивный рак, микроинвазивный рак, другие редкие формы (медулярный, слизистый, тубулярный и др.).
2. В качестве дополнительных методов исследования рака молочной железы в операционном материале используются иммуногистохимические методы, в том числе выявление экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона опухолевых клеток, выявление экспрессии маркеров пролиферации, а также молекулярно-генетические методы. Уточнение перечисленных параметров позволяет наиболее точно подобрать эффективные методы лечения.
3. Наиболее типичные пути метастазирования рака молочной железы лимфогенный и гематогенный. Редкий путь периневральный. Ранние метастазы развиваются лимфогенно, локализуются в регионарных лимфатических узлах (подмышечных, передних грудных, окологрудных, надключичных, подключичных). Отдаленные метастазы развиваются гематогенно, локализуются в разных органах, чаще в костях позвоночника, легких, печени, почках.
4. Летальный исход от прогрессирования опухоли объясняется способностью злокачественной опухоли оказывать общее влияние на организм (изменять обмен веществ, вызывать общее токсическое влияние, другие изменения, не совместимые с жизнью).
5. В целом прогноз при раке молочной железы плохой, пятилетняя выживаемость больных всего около 50 – 60%. Это объясняется биологическими свойствами данной опухоли, опухоль

в большинстве случаев обладает высоким исходным потенциалом злокачественности, быстро становится способной давать метастазы, быстро оказывает общее влияние на организм и быстро приводит к смерти.

Задача 6. (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

Больная П. 37-ми лет обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей, контактные кровотечения.

При гинекологическом осмотре на слизистой оболочке влагалищной порции шейки матки обнаружен небольшого размера патологический очаг в виде шероховатых сосочкового вида разрастаний. Предварительный клинический диагноз рак шейки матки.

Выполнено цитологическое исследование, выявившее в мазках наличие атипичных эпителиальных клеток. С целью уточнения диагноза на гистологическом уровне произведена биопсия. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.

В гистологических препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином, фрагмент шейки матки с наличием тяжелой дисплазии и очагами рака «на месте» в покровном эпителии. Под покровным эпителием инвазивный рост плоскоклеточного неороговевающего рака, очаговые лимфоидноклеточные инфильтраты вокруг комплексов раковых клеток.

Вопросы:

1. Назовите анатомическую (макроскопическую) форму рака влагалищной части шейки матки у больной. Обоснуйте ответ.
2. Укажите основные гистологические формы рака шейки матки, выделяемые согласно последней Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз при исследовании операционного материала.
3. Какая необходимая информация должна быть указана патологоанатомом при микроскопическом описании гистологического препарата в данном случае кроме гистологического типа раковой опухоли?
4. Уточните изменения многослойного плоского эпителия шейки матки, считающиеся предраковыми. Какие диагностические термины для их обозначения предлагает использовать последняя Гистологическая классификация гинекологических заболеваний ВОЗ?
5. Изложите современные представления на этиологию рака шейки матки. Инфицированность, каким вирусом, имеет значение в развитии рака шейки матки?

Ответы:

1. Во влагалищной части шейки матки обнаружена экзофитная форма рака. Опухоль растет экзофитно в виде шероховатых сосочкового вида разрастаний на поверхность слизистой оболочки влагалищной части шейки матки.
2. Среди гистологических форм рака шейки матки выделяют плоскоклеточный рак (неороговевающий, ороговевающий, редкие варианты плоскоклеточного рака), железистые карциномы (аденокарциномы цервикального типа, муцинозного, эндометриоидного, редкие варианты).
3. При микроскопическом описании кроме гистологического типа опухоли необходимо указать глубину инвазии опухоли и ее горизонтальное распространение в мм. Также фоновые предраковые изменения, если они имеются, воспалительные инфильтраты, некрозы.
4. К предраковым изменениям эпителия относятся дисплазии эпителия, легкой, умеренной и тяжелой степени (1,2,3 степени) и рак «на месте», которые также обозначаются как цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1,2,3 степени (ЦИН 1,2,3 степени). В последней

Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ предложены названия:

- низкой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения;
- высокой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения.

5. В настоящее время основным этиологическим фактором рака шейки матки считается вирус папилломы человека, его онкогенные штаммы.

Задача 7. (УК-1, ПК-4, ПК-5)

Больной М. 54 лет в течение многих лет страдал хроническим миелоцитарным лейкозом. При первой госпитализации диагноз был установлен на основании исследования мазков костного мозга грудины, в том числе при использовании иммуногистохимических, цитогенетических, других методов исследования. В клетках гемопоэза была выявлена Ph-хромосома.

Подобранное лечение в течение многих лет давало положительный эффект. Больной неоднократно госпитализировался в связи с обострениями заболевания, получал адекватную терапию.

В последний раз поступил в гематологическое отделение в тяжелом состоянии. Проведено очередное исследование костного мозга, миелограмма соответствовала бластному кризу (терминальной стадии). Несмотря на предпринятые лечебные мероприятия помочь больному не удалось, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.

Результаты аутопсии подтвердили заключительный клинический диагноз.

Вопросы:

1. Какие две стадии выделяют в течение хронического миелоцитарного лейкоза, как они называются?
2. Перечислите основные типовые клинико-морфологические изменения в 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза.
3. Перечислите основные типовые клинико-морфологические изменения, характерные для 2-ой стадии хронического лейкоза.
4. Уточните стадию лейкоза у больного при последнем поступлении в гематологическое отделение. Оцените прогноз, обоснуйте его.
5. Что вы можете сказать о лечебном патоморфозе лейкозов?

Ответы:

1. В течение хронического миелоцитарного лейкоза выделяют две стадии: 1 стадия - моноклоновая (доброкачественная), 2 стадия – поликлоновая (злокачественная, терминальная, бластный криз).
2. Для 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза характерно относительно доброкачественное длительное течение. В костном мозге лейкозные клетки представлены дифференцирующимися клетками миелоидного ряда, эти клетки имеются в крови, выселяются в разные органы с формированием лейкозных инфильтратов, имеется умеренная анемия, тромбоцитопения, геморрагический синдром отсутствует, язвенно-некротических изменений в слизистых оболочках ротовой полости, зева, желудочно-кишечного тракта нет, инфекционных осложнений нет.
3. Для 2-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза характерно появление в костном мозге большом количестве бластных клеток, выселение их на периферию с увеличением объемов инфильтратов в разных органах, нарастание анемии, тромбоцитопении, появление проявлений геморрагического синдрома, развитие язвенно-некротических изменений слизистых оболочек ротовой полости, зева, желудочно-кишечного тракта, присоединение инфекционных осложнений.
4. При последнем поступлении у больного 2-ая стадия (бластный криз, терминальная стадия). Прогноз неблагоприятный, неизбежен смертельный исход, так как в этой стадии подавлять размножения опухолевых клеток невозможно, опухоль не управляемая.

5. В настоящее время наблюдается лечебный патоморфоз лейкозов. Имеются хорошие результаты лечения со значительным продлением жизни значительной части больных, уменьшение объема лейкозных инфильтратов в органах, уменьшение числа инфекционных осложнений, изменении топографии лейкозных инфильтратов с поражением костей черепа и поражением лейкозными клетками ЦНС, возможность развития цитостатической болезни.

Задача 8. (УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

В онкологическом стационаре на обследовании находится ребенок 14-ти лет. Заболевание началось с появлением жалоб на слабость, невысокую периодическую лихорадку, небольшую потерю веса, затем родители заметили увеличение лимфатических узлов шеи. Обратились к врачу.

При осмотре имеется увеличение одной группы лимфатических узлов шеи в виде пакета. Произведен ряд клинических исследований, возникло подозрение на лимфому Ходжкина (лимфогранулематоз). С целью уточнения клинического диагноза выполнена биопсия лимфатических узлов шеи. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.

По результатам исследования гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, дано заключение о наличии классической лимфомы Ходжкина, смешанноклеточного типа. Назначено иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование.

Вопросы:

1. Дайте определение лимфомы Ходжкина.
2. Назовите клетки опухолевой природы, пролиферирующие при этой лимфоме. Как они выглядят под микроскопом? Какие неопухолевые клетки накапливаются в составе этой опухоли?
3. Обоснуйте необходимость назначения иммуногистохимического и молекулярно-генетического исследований?
4. Назовите классические варианты этой опухоли согласно Гистологической классификации ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какие стадии согласно распространенности опухоли принято выделять при лимфоме Ходжкина? Какие морфологические изменения им соответствуют? Какая, предположительно, стадия заболевания у больного, который описан в задаче?

Ответы:

1. Лимфома Ходжкина – вариант злокачественной лимфомы, при которой в составе опухоли имеются клетки Ходжкина и клетки Рида-Штернберга.
2. При этой лимфоме пролиферируют опухолевые клетки, получившие название клеток Ходжкина и клеток Рида-Штернберга. Клетки Ходжкина одноядерные клетки, ядро округлое, расположено эксцентрично. Клетки Рида-Штернберга крупные многоядерные (двухядерные) клетки, ядра наслаиваются друг на друга (двухлопастные ядра). Клетки Ходжкина и клетки Рид-Штернберга являются диагностическими. Кроме них в этой опухоли накапливается большое количество неопухолевых клеток: лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов, эпителиоидных клеток, стромальных ретикулярных клеток, небольшое количество плазматических клеток, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов.
3. Использование современных методов исследования (иммуногистохимического, молекулярно-генетического) необходимо для наиболее точной верификации опухоли и подбора адекватных методов лечения.
4. Классические варианты лимфомы Ходжкина: вариант с преобладанием лимфоцитов (лимфогистиоцитарный), смешанноклеточный вариант, нодулярный склероз, вариант с лимфоидным вытеснением (истощением). Выделяют также другие редкие варианты.
5. Лимфома Ходжкина является злокачественной прогрессирующей опухолью, согласно распространенности опухоли можно выделять: изолированную (локальную) стадию и генерализованную стадию. В изолированную стадию поражена одна группа лимфатических

узлов, в генерализованную стадию имеется поражение нескольких групп лимфатических узлов и метастатическое поражение органов. У больного, который описан в задаче, предположительно изолированная стадия.

Задача 9. (УК-1, ПК-4, ПК-5)

В клинику экстренно с жалобами на сильные боли в животе машиной скорой медицинской помощи доставлен мужчина 65 лет. Через несколько минут после поступления резкое падение артериального давления, нитевидный пульс. Из-за кратковременного пребывания в лечебном учреждении установить точный клинический диагноз не удалось.

Были оказаны реанимационные мероприятия, которые эффекта не дали, наступила смерть. С заключительным клиническим диагнозом «острый инфаркт миокарда, внезапная остановка сердечной деятельности» труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.

На аутопсии обнаружен резко выраженный атеросклероз аорты. В брюшном отделе резко выраженное расширение и деформация просвета в связи с выбуханием стенки, которое расценили как атеросклеротическую аневризму брюшного отдела аорты. Имеется разрыв стенки аневризмы, свежие тромботические наложения на внутренней поверхности, обширная гематома мягких тканей забрюшинной области, скопление жидкой крови и свертков в нижнем этаже брюшной полости.

Вопросы:

1. Опишите макроскопические изменения стенки аорты при атеросклерозе.
2. Назовите типичную локализацию атеросклеротической аневризмы и редкие локализации атеросклеротических аневризм
3. Почему в аневризмах часто образуются тромбы? Объясните патогенез образования тромбов в аневризмах.
4. Какие варианты аневризм аорты принято выделять в зависимости от их анатомической формы? Какие варианты аневризм принято выделять в зависимости от тканей, формирующих ее стенку? Какая аневризма аорты диагностирована у больного, который описан в задаче?
5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Проведите сравнение клинического и патологоанатомического диагнозов, установите категорию расхождения, причины расхождения. Обоснуйте ваш ответ.

Ответы:

1. При осмотре аорты со стороны интимы видны многочисленные пятна и полосы желтого цвета, многочисленные бляшки белесоватого или желтого цвета разного размера, выступающие в просвет, изъязвленные бляшки, бляшки со свежими кровоизлияниями, бляшки с плотными каменистыми включениями.
2. Атеросклеротическая аневризма наиболее типично развивается в брюшном отделе аорты. Редко атеросклеротические аневризмы формируются в грудном отделе или других отделах аорты, редко атеросклеротические аневризмы локализуются в прецеребральных, церебральных артериях и других артериях.
3. В аневризмах, как правило, образуются тромбы, так как имеется непосредственный местный этиологический фактор образования тромба – нарушение движения крови в аневризме (замедление, завихрения). Из-за нарушения движения крови возникает агрегация тромбоцитов, выброс факторов свертывания, образование из растворенного фибриногена фибрина, затем агрегация форменных элементов крови с формированием свертка.
4. Выделяют следующие анатомические формы аневризм аорты: грибовидную, грыжевидную, цилиндрическую. В зависимости от того, какими тканями сформирована стенка аневризмы, выделяют истинные и ложные аневризмы. Отдельно выделяют расслаивающую аневризму аорты. Она формируется при разрыве и расслоении током крови среднего слоя аорты от интимы или от адвентиции с образованием дополнительного канала. У больного, который описан в задаче, аневризма истинная и, видимо, грибовидная.

5. В качестве основного заболевания выставляется «атеросклеротическая аневризма брюшного отдела аорты». Осложнениями основного заболевания является «разрыв стенки аневризмы, кровотечение». В данном случае имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагноза по основному заболеванию. Расхождения диагнозов относятся к III категории, так как клинический диагноз не был поставлен правильно в виду кратковременности пребывания больного в данном лечебном учреждении. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов произошло по субъективным причинам.

Задача 10. (УК-1, ПК-4, ПК-5)

У больного Р. 82-х лет заболевание началось с сильных болей в животе, около суток находился дома, занимался самолечением. На вторые сутки вызвана машина скорой помощи, врач которой предложил экстренную госпитализацию. При поступлении в приемный покой лечебного учреждения состояние тяжелое, признаки интоксикации, клинические признаки перитонита.

Пациент срочно взят в операционную. При лапаротомии обнаружено изменение значительной части тонкого и толстого кишечника, кишечник багрово-синюшного, а местами черного цвета. Радикально операцию выполнить не удалось. Вскоре наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.

На аутопсии найден тяжелый атеросклероз мезентериальных артерий, обтурирующий свежий тромб нижней мезентериальной артерии, нижняя треть тонкого и всего толстого кишечника в состоянии некроза, багрово-синюшного, местами черного цвета. В брюшной полости выпот в виде мутной жидкости, окрашенной кровью.

Вопросы:

1. Опишите подробно макроскопические изменения стенок мезентериальных артерий, увиденные на вскрытии.
2. Объясните патогенез возникновения тромба в нижней мезентериальной артерии, а также патогенез развития некроза кишечника.
3. Уточните морфологический вид некроза кишечника. Как вы объясните, почему в кишечнике часто развивается именно этот морфологический вид некроза.
4. Какие оперативные вмешательства могут производиться больным с тромбозом мезентериальных артерий и почему такие?
5. Как нужно сформулировать патологоанатомический диагноз в данном случае? Что следует считать основным заболеванием, что является осложнениями?

Ответы:

1. При осмотре мезентериальных артерий со стороны интимы видны желтые пятна и полосы, неравномерно утолщение стенки из-за наличия плотных белесоватых или желтоватых бляшек, выступающих в просвет, часть бляшек изъязвлена, часть с наличием свежих кровоизлияний, имеются также плотные каменистые отложения (видимо отложения извести).
2. При атеросклерозе имеются выраженные нарушения целостности стенки кровеносного сосуда, это один из основных этиологических моментов образования тромбов. При наличии атеросклеротической бляшки, особенно изъязвленной, на ее поверхности происходит агрегация тромбоцитов, высвобождение факторов свертывания, благодаря которым из растворимого фибриногена образуются нити фибрина и дальнейшая агрегация форменных элементов крови. Тромб закрывает просвет мезентериальной артерии (обтурирующий тромб), прекращается поступление артериальной крови к кишечнику (острая ишемия), развивается некроз кишечника.
3. Развившийся некроз кишечника следует считать влажной гангреной. Такой морфологический вид некроза часто развивается в кишечнике, так как здесь имеются необходимые условия для его развития, Это соприкосновение некротизированных тканей с внешней средой (микроорганизмами) и выраженные расстройства кровообращения с

пропитыванием эритроцитами зон некроза. Эти условия необходимы для образования черного пигмента, сернистого железа.

4. При такой патологии в очень ранние временные сроки (первые минуты) в настоящее время возможна операция тромбартериоэктомии с восстановлением артериального кровоснабжения кишечника. Если некроз уже сформировался, необходима резекция значительной части кишечника.

5. В данном случае основное заболевание следует формулировать «атеросклеротическая гангрена нижней трети тонкого и всего толстого кишечника, атеросклероз нижней мезентериальной артерии со свежим обтурирующим тромбом», осложнение основного заболевания «разлитой серозно-геморрагический перитонит».

Критерии оценки:

«отлично» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«хорошо» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«удовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«неудовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на $\frac{1}{2}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

3.5. Перечень практических навыков: (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8)

- распознавать макроскопические изменения в органах в аспекте нозологической и синдромальной специфичности (макроскопическая патологоанатомическая диагностика);
- распознавать на светооптическом уровне патогномичные признаки общепатологических процессов, болезней и наиболее распространенных синдромов;

- сопоставлять макро- и микроскопические изменения макромолекул (иммуногистохимия, гибридизация *in situ*) с клиническими и лабораторными проявлениями болезней и синдромов;
- сопоставлять данные макро-, микроскопического, иммуногистохимического, молекулярно-биологического анализа, результаты клинического исследования и лабораторных характеристик;
- сопоставлять картины прижизненной верификации структурных изменений в органах (компьютерная томография, ультразвуковое исследование) и макро-, микроскопические изменения в органах и тканях в аспекте заключительного диагноза и дифференциальной диагностики;
- идентифицировать на материале биопсий предикторы и прекурсоры неопухолевой и опухолевой патологии человека;
- организовать проведение патологоанатомического вскрытия в случае подозрения особо опасной инфекции или выявления социально-значимой инфекции;
- взять материал и обеспечить транспортировку инфекционного материала с соблюдением правил стерилизации, температурного режима условий транспортировки;
- оформить направление на бактериологическое, вирусологическое исследование, ПЦР диагностику и др.;
- оформить статистический документ государственного образца (медицинское свидетельство о смерти);
- мониторировать, суммировать и представлять данные об основных показателях заболеваемости и смертности;
- интерпретировать результаты основных методов лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов и заболеваний;
- уметь объяснить патогенез основных клинических проявлений актуальных патологических процессов и заболеваний;
- уметь формулировать принципы этиотропной, патогенетической, симптоматической терапии актуальных патологических процессов и заболеваний;
- сопоставлять заключения клинического и патологоанатомического диагноза с целью выявления дефектов диагностики, конструкции диагноза и дефектов кодирования заболевания в соответствии с принципами МКБ;
- оценить клиническую информацию об исследуемых объектах;
- провести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа;
- провести вскрытие умерших новорожденных, а также мертворожденных и маловесных плодов;
- провести вскрытие умерших от карантинных и особо опасных инфекций с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, дезинфекционных средств, забора материала;
- описать макроскопические изменения органов (макроскопическая диагностика);
- провести микроскопическое исследование гистологического препарата и дать его морфологическое описание (микроскопическая диагностика);
- выполнять клинико-анатомические сопоставления;
- сформулировать патологоанатомический диагноз, дать заключение о причине смерти и оформить клинико-патологоанатомический эпикриз;
- заполнить медицинское свидетельство о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти;
- рассчитывать основные показатели летальности в подразделениях медицинского учреждения; оры,
- выявлять этиологические (причина, условие), патогенетические факторы риска в возникновении конкретных патологических процессов у конкретных/виртуальных пациентов;
- проводить клинико-анатомическое сопоставление и ретроспективный патофизиологический анализ летального исхода;

- уметь выполнить реанимационные мероприятия при неотложных состояниях;
- владеть техникой аутопсии, включая техники выделения отдельных участков сосудистой системы, сегментов пищеварительного тракта, билиарной системы, мочеполовой системы, центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
- владеть техникой вырезки операционного материала с выделением наиболее информативных фрагментов;
- владеть методом сопоставления результатов прижизненной визуализации патологического процесса и макроскопических изменений, обнаруживаемых в операционном и аутопсийном материале (костная ткань, головной мозг, сердце, легкие, печень);
- владеть принципами распознавания важных профессиональных заболеваний, а также болезней, связанных с патогенным влиянием внешней среды на уровне прижизненной и посмертной патологоанатомической диагностики;
- владеть методами гистобактериоскопии;
- владеть способами обработки и подготовки секционного, операционного и биопсийного материала для гистологического исследования;
- способами изготовления макро- и микропрепарата.

Критерии оценки:

«отлично» – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений,

«хорошо» – обучающийся обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет,

«удовлетворительно» – обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем,

«неудовлетворительно» – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	30
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	30
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	40
Всего тестовых заданий	50
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (промежуточная аттестация проводится в форме экзамена). Отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.