федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Онкоморфология

по направлению подготовки (специальности)

*31.08.07 патологическая анатомия*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.08.07 патологическая анатомия*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от « 22 » июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

УК-1 способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

ПК-3 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

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

ПК-5 готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов

ПК-6 готовность к формированию у населения мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-7 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1 *«ОНКОМОРФОЛОГИЯ».***

Внеаудиторная работа. (реферат, доклад).

Предраковые процессы в различных органах.

Злокачественные новообразования кожи.

Злокачественные новообразования пищевода.

Злокачественные новообразования желудка.

Злокачественные новообразования кишечника.

Злокачественные новообразования легкого.

Злокачественные новообразования почек.

Злокачественные новообразования печени.

Злокачественные новообразования яичников.

Злокачественные новообразования простаты.

Современные аспекты морфогенеза острых лейкозов.

Современные аспекты морфогенеза хронических лейкозов.

Современные аспекты морфогенеза лимфом.

Современные аспекты морфогенеза тератом.

Современные аспекты морфогенеза рака молочной железы.

Паранеопластичсские синдромы при злокачественных опухолях.

Особенности гистогенеза и морфогенеза опухолей у детей.

Патогенез кахексии при злокачественных опухолях.

**Ситуационные задачи**

**Ситуационная задача № 1**

У мужчины 62 лет в области корня правого легкого обнаружен узел диаметром 8 см на разрезе – беловато-серого цвета без четких контуров, связанный с просветом бронха, стенки которых уплотнены и утолщены. От узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани*.* Лимфатические узлы корня легкого увеличены, на разрезе серо-белые. *Микроскопически* – опухоль состоит из пластов высокодифференцированных полиморфных клеток, с сохранением базальной ориентации, имеются роговые жемчужины, ядра гиперхромные с неровными очертаниями, полиморфные. Строма в опухоли скудная с инфильтрацией лимфоцитами, видны участки некроза.

1.Определите форму опухолевого поражения легких.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Перечислите предопухолевые процессы в легких.

4.Назовите гистологические признаки определяющие степень дифференцировки опухоли.

5.Назовите первичные метастазы данной опухоли.

**Ситуационная задача № 2**

У мужчины 48 лет, лечившегося по поводу пневмокониоза, было обнаружено опухолевидное образование. *Макроскопически:* в верхушке правого легкого определяется узел округлой формы с нечеткими границами, в диаметре 6см, на разрезе серо-белого цвета.

*Микроскопически*: патологически измененная ткань построена из цилиндрического эпителия, вырабатывающего муцин, который выстилает альвеолярные структуры, с формированием участков тубулярного строения. Опухоль растет среди фиброзной ткани с лимфоплазмоцитарной инфильтрацией.

1.Определите форму опухолевого поражения легких.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3. Перечислите гистологические виды аденокарцином, чем они различаются.

4. Какой патологический процесс явился фоновым для развития заболевания.

5. Дайте определение пневмокониозам.

**Ситуационная задача № 3**

У мужчины 37 лет при флюорографии обнаружен субплевральный узел неправильной формы «хрящевой плотности», с четкими границами, с локализацией в нижней доле левого легкого, размерами 10см в диаметре, поверхность разреза однородная полупрозрачная, беловатого цвета с участками обызвествления. *Микроскопически* – узел представлен хрящевой тканью, с участками ослизнения и очагами фиброзной и жировой ткани. Встречаются единичные железистые образования выстланные кубическим эпителием.

1.Поставьте гистологический диагноз. Назовите разновидность патологического процесса.

2.Назовите причину развития данной патологии.

3.Назовите гистологические варианты данной патологии.

4.Перечислите отличительные признаки данной патологии от тератомы.

5.Перечислите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 4**

Мужчина 40 лет обратился в больницу с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами «облаковидные».

*Микроскопически:* полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток среди которых встречаются перстневидные клетки.

1.Определите форму опухолевого поражения легких.

2.Поставьте гистологический диагноз.

3.С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

**Ситуационная задача №5**

Мужчина 50 лет обратился за медицинской помощью по поводу хронического кашля, хрипловатости голоса, боли в горле при глотании. При опросе выяснилось, что больной длительное время страдает изжогой, проявляющейся в ощущении жжения за грудиной и в области эпигастрии, отрыжкой воздухом, появлением во рту кислотного привкуса. При эндоскопическом исследовании пищевода обнаружены длинные сегменты цилиндрического эпителия, распространяющегося вверх по пищеводу, над областью пищеводно-желудочного перехода, и имеющего характерный красный цвет и "бархатный" вид, на фоне расположенного рядом с ним тонкого, бледного, с глянцевой поверхностью плоского эпителия. В биопсийном материале из дистального отдела пищевода, выявляется ограниченное замещение слоев плоского эпителия на специализированный кишечный эпителий. И поверхность слизистой оболочки, и железы кишечного типа выстланы цилиндрическим эпителием. Слизистая оболочка из области пищеводно-желудочного перехода представлена пролиферирующими железами и солидными структурами из атипического железистого эпителия с множественными митозами.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите фоновое заболевание и связанное с ним осложнение, способствовавшее развитию данной патологии.

3.Отметьте ведущую роль в патогенезе фонового заболевания и причины его развития.

4.Назовите морфологический критерий данного осложнения.

**Ситуационная задача №6**

Труп истощенного мужчины 65 лет. Из истории болезни: болен опухолью желудка (гистологически аденокарцинома), 4 клиническая группа.

*Вскрытие:* сердце обычных размеров, массой 280,0 гр. В пилорическом отделе желудка опухолевый узел белесовато-серого цвета на разрезе. В воротах печени аналогичная описанному узлу опухолевая ткань, с единичными мелким округлыми узелками в паренхиме печени. В правом легком очаговые светло-серые уплотнения, с поверхности разреза, которых выделяется мутная белесоватая жидкость.

*Микроскопически* в ткани опухолевых узлов желудка и печени картина аденокарциномы. В легких слизистая бронхов полнокровная, в просвете бронхов слизь, гной, спущенные эпителиальные клетки. В просвете альвеол скопление распадающихся нейтрофилов, эритроциты.

1.Назовите основное заболевание.

2.Объясните механизм развития патологического процесса в печени.

3.Назовите отличительные морфологические критерии первичной и вторичной злокачественной опухоли.

4. Какое осложнение явилось причиной смерти.

**Ситуационная задача № 7**

Мальчик 4 лет с жалобами, со слов матери, на слабость, похудание, снижение аппетита, периодический субфебрилитет. В крови умеренная анемия, повышение СОЭ. При обследовании в животе пальпируется плотное и гладкое объемное образование. УЗИ выявило опухолевидное образование правой почки. Произведена нефрэктомия. Макроскопически опухоль размерами 10см прилежит к лоханке, хорошо отграниченная от ткани почки, на разрезе беловатая с очагами некроза, кровоизлияний и множественными тонкостенными кистами. *Гистологически* опухолевая ткань состоит из солидных полей и тяжей клеток с овальным и круглым ядром, в центре которых формируются трубочки, напоминающие почечные канальцы, имеются образования, сходные с почечными клубочками. Между полями эпителиальных клеток располагается рыхлая незрелая соединительная ткань с вытянутыми клетками и наличием групп гладких и поперечнополосатых мышечных волокон, сосудов разного калибра, жировой ткани.

1.Поставьте гистологический диагноз, отметьте степень дифференцировки опухоли.

2.Назовите этиопатогенетические факторы, ведущие к развитию заболевания.

3.Назовите морфологический критерий опухоли.

4.Назовите благоприятные и неблагоприятные в прогностическом отношении гистологические варианты данной опухоли.

**Ситуационная задача № 8**

Женщина 27 лет осмотрена гинекологом. Влагалище нерожавшей женщины, устье цервикального канала округлое. Во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки, имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. *Микроскопически* видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, в подлежащей ткани железистые структуры, в строме лимфо-лейкоцитарный инфильтрат и обилие тонкостенных кровеносных сосудов.

1.Назовите патологический процесс шейки матки, форму.

2. Назовите причину развития, ее особенность

3. Перечислите синонимы данной патологии.

4. Перечислите особенности эндоцервикоза (псевдоэрозии).

**Ситуационная задача № 9**

Женщина 32 лет осмотрена гинекологом. Влагалище нерожавшей женщины, устье цервикального канала округлое. Во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки, имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. *Микроскопически* видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, с железистыми структурами в подлежащей ткани. Имеются участки разрастания метапластического плоского эпителия по поверхности и в отдельных железах. В строме лимфоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов и обилие тонкостенных кровеносных сосудов.

1.Назовите патологический процесс шейки матки, форму.

2.Объясните механизм изменений в ткани шейки матки.

3.Что означает «зона трансформации»

4. Назовите тип эпителия в зоне трансформации шейки матки.

5. Назовите основную функцию резервных клеток и их роль в физиологических и патологических процессах.

**Ситуационная задача № 10**

Женщина 36 лет, с отягощенным социальным и акушерским анамнезом- никотинозависимость, ранняя половая жизнь, затяжное хроническое воспаление шейки матки, обратилась с жалобами на обильные водянистые бели *и* контактные кровянистые выделения.

При кольпоскопии - расширенные, неправильно ветвящиеся сосуды в патологически измененном участке эпителия, имеющего беловатую окраску. Произведена электроконизация щейки матки.*Микроскопически* в многослойном плоском эпителии отмечается нарушение стратификации пласта, представленного пролиферацией базальных и парабазальных клеток с нарушением их дифференцировки, гиперхромией и полиморфизмом ядер. Митотически делящиеся клетки захватывают 1/2 толщи пласта многослойного плоского эпителия. Видны единичные атипические митозы. В поверхностных слоях выявляются клетки с крупным гиперхромным ядром и глыбками хроматина, ядерная мембрана утолщена, неправильной формы. Вокруг ядра определяется широкий ободок просветлённой цитоплазмы

1.Назовите патологический процесс шейки матки.

2.Перечислите причины для его развития.

3.Назовите фоновые заболевания для данного патологического процесса.

4.Перечислите исходы.

**Ситуационная задача № 11**

Женщина 34 лет с жалобами на бели, кровоточивость при контакте осмотрена гинекологом. Произведена биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании в базальных и парабазальных слоях многослойного плоского эпителия выраженная пролиферация гиперхромных и полиморфных клеток с их дезорганизацией, нарушением полярности, но без нарушения базальной мембраны. Атипические клетки проникают в промежуточные и поверхностные слои эпителиального пласта, имеется умеренное количество атипических митозов.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Объясните особенность данной патологии.

3.Назовите отличие 3 степени дисплазии от Сainsitu.

4.Назовите самую частую локализация рака шейки матки.

5.Перечислите факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации.

**Ситуационная задача № 12**

У женщины 35 лет при цитологическом исследовании мазка из шейки матки на профилактическом осмотре, были выявлены патологические изменения плоского эпителия в виде многоядерных клеток, чешуек, увеличения ядер с их гиперхромией, много зерен кератина. Была направлена для дальнейшего обследования. При кольпоскопии на влагалищной порции шейки матки выявлены белые лакированные пятна в виде мозаики. Произведена биопсия. При микроскопическом исследовании акантоз плоского эпителия, дискератоз, паракератоз, 2-3 слоя зернистых клеток с базофильными гранулами. В подэпителиальном слое очаговая лимфо-лейкоцитарная инфильтрация.

1.Назовите патологический процесс шейки матки.

2.Назовите причины для ее развития.

3.Перечислите гормональные нарушения при данной патологии.

4.Назовите гистологические изменения эндометрия, сопровождающие этот патологический процесс.

**Ситуационная задача № 13**

Женщина 34 лет с жалобами на нарушение менструальной функции была осмотрена гинекологом. При исследовании цервикального канала был выявлен патологический очаг, экзофитного разрастания слизистой оболочки. Произведена прицельная биопсия. *Микроскопически*опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многорядным атипичным эпителием, полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием множественных митозов.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.К какому виду патологического процесса относится данная патология.

3.Назовите фоновые процессы для развития заболевания.

4.Назовите известную достоверную причину заболевания шейки матки.

5.Перечислите особенности данной патологии.

**Ситуационная задача № 14**

Женщина 33 лет поступила в гинекологическое отделение с маточным кровотечением. Соскоб эндометрия обильный. *При гистологическом исследовании* количество желез увеличено, они имеют различную величину и конфигурацию - извилистые, штопорообразные, эпителий пролиферативного типа, некоторые железы кистозно-расширены, в строме гистиолимфоцитарные инфильтраты.

1.Назовите патологический процесс в эндометрии.

2.Назовите причину и предрасполагающие факторы возникновения данной патологии.

3.Назовите вид атипизма данного заболевания.

4.Объясните механизм развития изменений в органе.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 15**

У женщины 43 лет на фоне внутриматочного контрацептива произошла задержка месячных на 14 дней, появились мажущие кровянистые выделения перешедшие затем в маточное кровотечение. При выскабливании полости матки получен обильный соскоб. *При гистологическом исследовании* деление на компактный и спонгиозный слой отсутствует, клубки сосудов не определяются. Железы разной величины и формы располагаются очень тесно, «спинка к спинке», эпителий желез активно пролиферирует. Отмечается ветвление желез, многорядность эпителия, в крупных гиперхромных ядрах обилие митозов.

1.Назовите патологический процесс в эндометрии.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Какие виды атипизма характерны для данной патологии.

4.Назовите возрастной период женщины, характеризующийся возрастанием этой патологии.

5.Назовите возможный неблагоприятный исход заболевания матки.

**Ситуационная задача № 16**

У женщины 58 лет на фоне менопаузы в течение 7 лет начались кровотечения типа метроррагий. При пальпации обнаружена множественная миома тела матки. Произведена ампутация тела матки. Матка равномерно и диффузно увеличена, высотой до17,0 см, толщина миометрия в средней части достигает 4,5 см, на разрезе зернистого вида с множеством мелких кист, выполненных коричневатым содержимым. *При гистологическом исследовании* в толще внутреннего и среднего слоя миометрия множество очагов типичной стромы эндометрия, имеющих неправильную форму и содержащие эндометриальные железы, выстланные пролиферирующим эпителием.

1.Назовите заболевание матки.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Назовите провоцирующие факторы формирования этой патологии матки.

4.Назовите теории происхождения заболевания.

5.С какой патологией эндометрия сочетается данное заболевание.

**Ситуационная задача № 17**

У больной 35 лет в течение нескольких лет определяются очаги уплотнения в обеих молочных железах, размеры которых варьируют в зависимости от фазы менструального цикла. *При микроскопическом исследовании* строение ткани молочной железы нарушено, выявляются деформированные дольки с внутридольковой стромой. Между дольками находится междольковая соединительная и жировая ткань. Эпителиальные клетки, выстилающие железистые структуры, преимущественно темные, мелкие, тесно расположенные, образующие в протоках и альвеолах многослойные солидные и криброзные структуры.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите распространенные формы фиброзно-кистозной мастопатии.

3.Назовите морфологический вариант данного заболевания.

4. Назовите морфологические проявления фиброзно-кистозной мастопатии.

5.Определите возможный прогноз по гистологической картине.

**Ситуационная задача № 18**

У женщины 45 лет после удаления доброкачественной опухоли в молочной железе, наблюдался рецидив заболевания. Макроскопически опухоль представлена хорошо отграниченными плотными массами, на разрезе желто-коричневого цвета, с щелями, напоминающими прожилки листа. *При гистологическом исследовании* протоки выстланы эпителиальными и миоэпителиальными клетками, с интраканаликулярным врастанием в них стромы, которая характеризуется повышенной клеточностью.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический его вариант.

3.Перечислите возможные провоцирующие факторы имеющие роль в развитии опухоли.

4. В каком возрастном периоде наиболее часто встречается данная патология.

5.Перечислите особенности течения и прогноз данной патологии.

**Ситуационная задача № 19**

У женщины 34 лет во время операции овариоэктомии по поводу кисты правого яичника обнаружено тонкостенное, кистозное образование 2см в диаметре, с гладкой блестящей внутренней поверхностью, выполненное прозрачной слегка желтоватой жидкостью. *При гистологическом исследовании* стенка кисты фиброзная, выстилка которой образована высоким цилиндрическим эпителием.

1.Назовите основное заболевание, прогноз.

2.Поставьте гистологический диагноз.

3.Назовите синоним данной патологии, подчеркивающий, что новообразование полостного характера.

4.К какому типу патологического процесса относится данное новообразование.

5.Назовите какие опухоли по степени дифференцировки, чаще развиваются из целома.

6.Назовите злокачественный аналог.

**Ситуационная задача № 20**

У девочки 14 лет два года после удаления дермоидной кисты левого яичника и клиновидной резекции правого яичника появилось образование в малом тазу диаметром 20,0 см. Во время срочного интраоперационного исследования обнаружена опухоль кистозно-солидного строения мягкой консистенции с множеством кист разного размера, часть из которых выполнена мутным геморрагическим содержимым. *При микроскопическом исследовании* в стенке кисты и солидных участках найдены зрелые эмбриональные структуры нескольких типов тканей и незрелая глиозная ткань.

1.Назовите разновидность опухолевидного образования.

2.Назовите тип данного новообразования.

3.Укажите источник его развития.

4.Назовите особенность течения новообразования.

5.Дайте морфологическую характеристику дермоидной кисты яичника.

**Ситуационная задача № 21**

У женщины 44 лет на фоне отсутствия месячных появились постоянные тянущие боли в поясничной области. При УЗИ-исследовании оба яичника увеличены. Произведена операция экстирпации матки с придатками. При макроскопическом исследовании правый яичник увеличен до 6,5 см, левый до 12,0 см, поверхность яичников крупнобугристая, на разрезе ткань пестрого вида с кистозными полостями разной величины, со слизисто-гнойно-геморрагическим содержимым, плавающими и крошащимися сосочками. Внутренняя поверхность с сосочковыми разрастаниями желто-белого цвета с кровоизлияниями и некрозами. *При гистологическом исследовании* строение яичника полностью нарушено за счет разрастания опухолевой ткани образованной атипичными сосочковыми структурами, построенными из атипических клеток, с выраженным клеточным и ядерным атипизмом. Строма большей части сосочков фиброзная.

1.Поставьте гистологический диагноз.

3.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Перечислите особенности данной патологии яичников.

4.Объясните причину поздней диагностики опухолей яичников.

**Ситуационная задача № 22**

У женщины 68 лет, пониженного питания, на фоне аменореи длящейся 25 лет, начались мажущие, чередующиеся с более интенсивными кровотечения, непрекращающиеся в течение последних 6-и месяцев. При ультразвуковом исследовании органов малого таза патологии не выявлено. Произведено диагностическое выскабливание полости матки, получен обильный соскоб. *При гистологическом исследовании* обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с выраженным клеточным и ядерным атипизмом, наличием патологических митозов.

1.Назовите патологический процесс эндометрия.

2.Назовите гистологическую форму.

3.Назовите патогенетические варианты рака эндометрия.

4.Назовите основную причину развития негормонозависимого рака матки.

5.Назовите особенности развития негормонозависимого рака матки и степень его дифференцировки.

**Ситуационная задача № 23**

Женщина 55 лет страдающая сахарным диабетом, с отсутствием родов в анамнезе, лечившаяся по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на интенсивное кровотечение. УЗИ показало наличие новообразования в полости матки и кистозно-измененные яичники. Произведена экстирпация матки с придатками. При морфологическом исследовании в полости матки имеется узел 3 см пестрого вида, мягкой консистенции, не прорастающий стенку матки. В левом яичнике множественные кисты до 1см в диаметре, с гладкой внутренней поверхностью и серозным содержимым. *При гистологическом исследовании* в эндометрии обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с умеренным клеточным и ядерным атипизмом, небольшим количеством патологических митозов. Стенка кистозных образований яичника представлена фиброзной тканью, внутренняя выстилка образованна цилиндрическим реснитчатым эпителием.

1.Назовите патологический процесс эндометрия.

2.Назовите гистологическую форму.

3.Назовите фак­торы риска гормонозависимого рака тела матки.

4.Назовите основную причину развития гормонозависимого рака матки.

5.Назовите особенности развития гормонозависимого рака матки и степень его дифференцировки.

**Ситуационная задача № 24**

Женщина 35 лет с жалобами на тупые тянущие боли внизу живота, общее недомогание, дизурические явления, утомляемость, нарушения менструального цикла. При УЗИ обнаружено

новообразование правого яичника. Произведена операция овариоэктомия. Макроскопически опухоль размерами 10 см в диаметре, с гладкой белесоватой фиброзной капсулой, мягкой консистенции. На разрезе опухолевая ткань светло-коричневого цвета, полностью замещает паренхиму яичника. *При гистологическом исследовании* ткань опухоли представлена крупными округлыми клетками, сходными с зародышевыми клетками примордиальных фолликулов, цитоплазма которых содержит гликоген. Группы опухолевых клеток окружены тонкими прослойками соединительной ткани со скоплением лимфоцитов.

1.Назовите разновидность опухоли по степени дифференцировки и происхождению.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Назовите особенность клинического течения данной опухоли по сравнению с другими –из

этой группы.

4.Назовите, что необходимо дополнительно взять для гистологического исследования.

5.С какой опухолью часто сочетается обнаруженная опухоль яичника.

**Ситуационная задача № 25**

У мужчины 20 лет на профилактическом осмотре при не увеличенных размерах яичка обнаружено уплотнение. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина.

Макроскопически чётко отграниченный узел дольчатого строения, оттесняющий ткань яичка. На разрезе ткань желтовато-розового цвета, с очагами кровоизлияний. *При гистологическом исследовании* опухолевая ткань формирует альвеолярные гнёзда, образованные крупными, светлыми клетками полигональных очертаний с круглым ядром.Встречаются псевдожелезистые и криброзные структуры. В строме обнаруживаются многочисленные лимфоциты и гранулематозная инфильтрация. В сохранившейся части яичка между канальцами видны островки крупных клеток с ацидофильной цитоплазмой.

1.Назовите вид опухоли по степени дифференцировки.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Назовите происхождение опухолевого процесса и источник развития.

4.Назовите фоновые патологические состояния.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 26**

Мужчин в возрасте 30 лет с жалобами на кровохарканье, выраженное увеличение грудных желез. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина. УЗИ органов выявило новообразование яичка. Обследование легких выявило диссеминированный патологический процесс. Морфологически опухоль яичка в виде небольшого узла с множественными очагами некроза и кровоизлияний. Микроскопически новообразованная ткань яичка представлена солидно-сосочковыми комплексами цитотрофобласта из мономорфных одноядерных клеток со светлой цитоплазмой и везикулярным ядром. Вокруг- полиморфные многоядерные клетки синцитиотрофобласта с одним крупным гипер- или гипохромным ядром. Встречают признаки внутрисосудистой инвазии трофобласта. Имеются очаги некрозов и кровоизлияний.

В биопсийном материале из легких обнаружена аналогичная морфологическая картина.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический вариант опухоли.

3.Назовите происхождение опухолевого процесса.

4.Назовите достоверный гистологический признак опухоли.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 27**

Девочка 14 лет с жалобами на постоянные боли внизу живота, сукровичные выделения из половой щели, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больной себя считала более 8 месяцев, когда началось нарушение менструального цикла, проявлявшегося непрекращающимися кровянистыми выделениями. Трижды обращалась к гинекологу. Диагностирована дисфункция яичников, по поводу которой принимала кровоостанавливающие и гормональные средства. Лечение безуспешное. Была госпитализирована в городскую больницу. В периферической крови выявлены лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и гипохромная анемия. При гинекологическом исследовании шейка матки гипертрофированная, плотная, бочкообразная. Вся верхняя и средняя трети полости влагалища заняты экзофитной опухолью, «вколоченной» в просвет влагалища. Осуществлена тотальная гистерэктомия с 2/3 влагалища. Макроскопически:правые придатки, левая маточная труба и тело матки не изменены. Правый яичник замещен кистой, наполненной соломенно-желтой жидкостью, имевшей гладкие, блестящие внутреннюю и наружную оболочки, капсулы. Шейка матки представлена опухолью размером 8Х6 см, исходящую из слизистой цервикального канала, инфильтрирующую тотально всю мышцу и прорастающую в задний влагалищный свод. *При гистологическом исследовании* в яичнике фолликулярная киста. Эндометрий — без особенностей.

Опухолевая ткань состоит из крупных светлых клеток типа сапожного гвоздя с большой шляпкой, с выраженной атипией и многочисленными митозами, в строме гиалиноз.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Объясните механизм развития патологии.

4.Объясните, с чем может быть связана поздняя диагностика данной патологии.

5.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 28**

У женщины 47 лет через 4 месяца третьих срочных оперативных родов прекратилась лактация, появились обильные кровянистые выделения из половых путей. При ультразвуковом исследовании - матка увеличена до 14-16 недель беременности, с внутристеночным расположением опухолевых очагов. Произведена ампутация матки. *Гистологически* опухоль состоит из клеток Лангганса, располагающихся альвеолами, которые окружены слоем синцития и как бы заключены в сеточку, и инвазивного хориального эпителия. Опухоль не имеет стромы и своих сосудов. Элементы ее прорастают в кровеносные сосуды, инфильтрируя и некротизируя их стенку, обусловливая кровоизлияние и тромбоз сосуда.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите патологический процесс матки.

3.Назовите возможные причины и состояния, способствующие развитию данной патологии.

4.Назовите возможные осложнения заболевания.

5.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 29**

У мужчины 28 лет, с отягощенным социальным и соматическим анамнезом - ВИЧ-инфицированный, на коже дистальных отделов конечностей, возле поверхностных вен, в основном на стопах и переднебоковых поверхностях голеней, а также на лице и туловище, появились множественные симметричные узловатости красновато-синюшного цвета с буроватым оттенком. В области очагов поражения кожа уплотненная и отечная.

*Гистологически* в очагах поражения большое количество предсуществующих и новообразованных сосудов, различного типа: капилляры, артериолы, венулы и лимфатические щели, находящиеся на

разных стадиях дифференцировки. Многие тонкостенные сосуды резко расширены и переполнены кровью, образуют лакуны типа "кровяных озер". Местами выявляются очаги кровоизлияний и отложения гемосидерина. Имеются периваскулярные пролифераты разных размеров, состоящие из округлых клеток с крупными ядрами, среди которых можно видеть лимфоидные элементы, гистиоциты, плазмоциты и веретенообразные клетки с вытянутыми ядрами, располагающиеся в виде переплетающихся в различных направлениях тяжей.

1.Поставьте гистологический диагноз, определите гистогенез и дифференцировку.

2.Назовите этиопатогенетические факторы в развитии данной патологии.

3.Назовите морфологические варианты данной патологии.

4.Перечислите клинико-морфологические типы данной патологии.

**Ситуационная задача № 30**

У мужчины 23 лет на коже шеи, на уровне воротничка рубашки слегка возвышающееся пятно 0,2×0,5 см светло-коричневого цвета, которое за последние 2 месяца приобрело темно-коричневый цвет. *Гистологически* в базальном слое акантотических структур эпидермиса на уровне эпидермо-дермального соединения крупные гнезда, шаровидные структуры из мономорфных клеток с оптически пустой цитоплазмой, нечеткими границами. Кое-где содержат пылевидные мелкие зерна коричневого цвета. Редко встречаются одиночные митозы. Отдельные светлые клетки находятся в дерме.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите клинико-морфологические разновидности данной патологии.

3.Перечислите отличия невусных клеток от меланоцитов.

4.Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.

**Ситуационная задача № 31**

У мужчины 50 лет на коже нижней губы около 3-х месяцев назад появился и начал увеличиваться возвышающийся над кожей плотный узел серого цвета, достигнув 2 см в диаметре. На разрезе серо-розового цвета. *Микроскопически* – массивный кератоз, умеренно выраженный папилломатоз, резко выраженный акантоз в виде тяжей многослойного плоского эпителия, разрастающегося до уровня потовых желез. В акантотических тяжах местами плохо различим базальный слой эпителия. В периферических отделах опухоли видна дезорганизация базального слоя, с ядерным полиморфизмом, много митозов. Встречаются участки менее дифференцированного эпителия шиповатого типа с мелкими базофильными кератоцитами, имеется кератинизация отдельных клеток, а также их групп с образованием гнезд дискератоза и роговых кист.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите предрасполагающие факторы.

3.Назовите наиболее частую локализацию данного новообразования.

4.Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.

5.Назовите разновидность данной опухоли, более неблагоприятную в прогностическом отношении.

**Ситуационная задача № 32**

У женщины 66 лет на коже лица новообразование, представленное пигментированной дольчатой бляшкой 2см с телеангиэктазиями и изъязвлением на поверхности*. Микроскопически* видны тяжи и комплексы мелких интенсивно окрашенных клеток, напоминающих клетки базального слоя эпидермиса. Отмечается палисадообразное расположение опухолевых клеток, по периферии тяжа клетки имеют высокую призматическую форму, в толще его — полигональную. Кое-где видны межклеточные «мостики», изредка встречаются митозы. Скопления и тяжи опухолевых клеток «сползают» с базальных слоёв эпителия, как капли, проникая в дерму.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Назовите этиологические факторы заболевания.

4.Отметьте излюбленную локализацию данного новообразования.

5.Назовите возможный прогноз.

**Ситуационная задача № 33**

У женщины 55 лет на коже правого плеча в коричневом образовании 1см в диаметре, с шероховатой поверхностью, около месяца назад появилось изъязвление. При гистологическом исследовании эпидермис утолщен, с массивными акантотическими разрастаниями. Имеется кератоз с небольшими гнездами дискератоза. В базальном слое, а также в вышележащих слоях имеется большое количество полиморфных крупных клеток, содержащих меланин. Атипичные клетки имеют большие ядра с неровными контурами, с краевым (под ядерной мембраной) расположением хроматина, а также чётко заметные эозинофильные ядрышки. Группы светлых клеток, с оптически пустой цитоплазмой обнаруживаются в сосочковом слое дермы, где имеется густой лимфоидноклеточный инфильтрат.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Перечислите предрасполагающие факторы для развития данной патологии.

3.назовите стадии морфогенеза данной опухоли.

4.Назовите основные типы данной опухоли.

**Ситуационная задача № 34**

У женщины 30 лет увеличился паховый лимфатический узел справа, появилась умеренная болезненность. Антибактериальная терапия в течение 2-х недель – без эффекта. Выполнена биопсия пахового лимфатического узла справа. *Микроскопически:* рисунок строения лимфатического узла сохранен, капсула узла утолщена и склерозирована, на всем протяжении диффузно инфильтрирована лимфоцитами. Краевой синус почти на всем протяжении облитерирован, местами в нем обнаруживаются скопления В-клеток. Лимфоидные фолликулы полиморфны, содержат светлые центры с картиной «звездного неба». Межфолликулярные пространства расширены, в них обнаруживаются мелкие скопления эпителиодноклеточных гистиоцитов.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Назовите клетку- источник злокачественной трансформации.

4.Назовите возможные факторы, способствующие развитию данной патологии.

5.Объясните морфологическую картину «зведного неба».

**Ситуационная задача № 35**

У больной 35 лет с жалобами на тахикардию, боли в области сердца при обследовании выявлено патологическое увеличение щитовидной железы. Макроскопически удаленные узлы щитовидной железы эластичной консистенции, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. *При микроскопическом исследовании* фолликулы, выстланные цилиндрическим эпителием, имеется его пролиферация с образованием сосочков, ветвящихся внутри фолликулов неправильной, звёздчатой формы, которые содержат коллоид. В строме лимфодноклеточная инфильтрация с формированием лимфатических фолликулов с зародышевыми центрами.

1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Объясните механизм развития данной патологии.

4.Назовите осложнения и возможные причины смерти данного заболевания.

**Ситуационная задача № 36**

У женщины 50 лет с симптоматикой тиреотоксикоза, обнаружено опухолевидное образование щитовидной железы. Макроскопически узел неправильной округлой формы, с четкими границами, размерами 3 см, умеренной плотности, на разрезе пестрого вида, серо-желтого цвета, с кровоизлияниями, кистами и петрификатами.

*При микроскопическом исследовании* ткань щитовидной железы состоит из разного размера полостей, выстланных атипичным кубическим эпителием, образующим сосочковые разрастания. Эпителия гипохромный, «пустые» ядра, лишённые ядрышек, ядра с вдавлениями, видны эозинофильные внутриядерные включения инвагинированной цитоплазмы и псаммомные тельца в середине сосочков. Местами сосочки врастают в стенку полостей и капсулу опухоли.

1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Назовите морфологические разновидности данной опухоли щитовидной железы.

4.Прогноз заболевания.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1** *Морфогенез опухоли. Клинико-гистологическая характеристика рака, саркомы и доброкачественных опухолей.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).***

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Задачи, методы и уровни исследования в онкологии.

2.Стадийность развития рака. Фоновые состояния и предраковые изменения.

3.Клинико-гистологическая характеристики рака.

4.Клинико-гистологическая характеристики саркомы.

5.Клинико-гистологическая характеристики доброкачественных опухолей из эпителия и производных мезенхимы

**Микропрепараты.**

1. Фиброма: Окраска гематоксилином эозином. а) беспорядочное расположение соединительнотканных волокон, б) утолщенные волокна в) фибробласты. Отсутствие клеточного атипизма.

2. Липома: Окраска гематоксилином эозином. а) различной величины и формы дольки жировой ткани, б) тонкие соединительнотканные прослойки, в) фиброзная капсула. Отсутствие клеточного атипизма липоцитов и экспансивный рост опухоли.

3. Ангиома (кавернозная гемангиома): Окраска гематоксилином эозином. а) сосудистые тонкостенные полости типа синусоидов различной величины, б) полости выстланы уплощенными эндотелиальными клетками и разделены соединительнотканными прослойками различной толщины.

4. Хондрома: Окраска гематоксилином эозином. а) дольки содержащие капсулы с различным числом хондроцитов, б) хондроидное вещество.

5. Остеома: Окраска гематоксилином эозином. а) беспорядочное расположение дифференцированных костных балок, различной величины, б) волокнистая соединительная ткань.

6. Лейомиома: Окраска гематоксилином эозином. а) продольно и поперечно расположенные пучки гладкомышечных клеток веретенообразной формы, б) строма из прослоек соединительной ткани, в) кровеносные и лимфатические сосуды.

7. Злокачественная фиброзная гистиоцитома: Окраска гематоксилином эозином. а) атипичные гистиоцитоподобные клетки с выраженным полиморфизмом, б) участок с преобладанием фибробластоподобных элементов, в) гигантская многоядерная клетка типа Тутона.

8. Фибросаркома полиморфноклеточная: Окраска гематоксилином эозином. а) опухолевая ткань отличается выраженным полиморфизмом клеток, б) гиперхроматоз ядер, неправильные митозы, в) преобладание клеток над волокнами.

9. Веретеноклеточная саркома: Окраска гематоксилином эозином. а) атипические клетки имеют веретенообразную форму, подобие незрелых фибробластов, б) коллагеновые волокна.

**Макропрепараты.**

1. Фиброма кожи: в препарате кожный лоскут, на поверхности округлое опухолевидное образование на широком основании, размером 6 см в диаметре. На разрезе белесоватого цвета, волокнистого строения, плотно-эластической консистенции. Локализация: кожа, матка, молочная железа, спинномозговой канал, глазница и др. органы. Исход: благоприятный; осложнения определяются локализацией.

2. Липома: опухолевидный узел с выраженной тонкой фиброзной капсулой, неправильной округлой формы, размерами 5 на 7 см. На разрезе представлен неравномерными жировыми дольками желтого цвета, мягкой консистенции, различных размеров, разделенных тонкими соединительнотканными прослойками. Локализация: где есть жировая ткань. Исход: благоприятный.

3. Фибромиоматоз матки: в препарате тело матки, резко деформированное из-за наличия множественных миоматозных узлов округлой формы с четкими границами, различных размеров и локализацией во всех слоях матки. На разрезе узлы белесоватого цвета, волокнистого строения, по консистенции плотные. В больших узлах имеются участки некроза, кровоизлияний и обызвествления. Осложнения: при субмукозных узлах – кровотечение. Исход: благоприятный.

4. Ангиома печени (кавернозная гемангиома): в препарате печень, в толще паренхимы определяется патологический участок с четкими границами, неправильной формы, размерами 2 на 3см., красно-синюшного цвета, губчатого вида. На разрезе представлен свернувшейся кровью. Виды: капиллярная, венозная, кавернозная, доброкачественная гемангиоперицитома. Исход: благоприятный.

5. Хондрома: в препарате стопа, в области предплюсны имеется опухолевидное образование неправильной округлой формы с четкими границами, плотной консистенции, в диаметре около 8 см. На разрезе имеет вид гиалинового хряща и ячеистое строение. Исход: благоприятный.

6. Фибросаркома: на нижней конечности между мышечными массивами бедра имеется патологическое образование размерами 15 на 10 см, узловатого вида, на разрезе ткань серо-розового цвета, напоминает «рыбье мясо». Границы опухолевого узла не четкие, с прорастанием в окружающую ткань, с фокусами некроза и кровоизлияниями. Исход: часто рецидивирует, но метастазирует реже.

7. Липосаркома: в препарате конгломерат слившихся узлов из жировой ткани, более плотной консистенции, размерами 15х12х8см. На разрезе неоднородного пестрого вида, с участками волокнистого строения, местами ткань белая сочная, напоминает «рыбье мясо», имеются очаги некрозов и кровоизлияний. Локализация: везде где есть жировая ткань, но в виде казуистики встречается в оболочках мозга, семенном канатике, вульве, молочной железе, матке, желудке, костях. Исход: неблагоприятный, но растет относительно медленно, в отличие других злокачественных мезен-химальных опухолей, долго не метастазирует.

8. Злокачественная фиброзная гистиоцитома: на бедре имеется плотный, четко отграниченный конгломерат из нескольких узлов, диаметром 15 см серовато-белового цвета. На разрезе наличие очагов некроза и кровоизлияний.

Локализация: нижние конечности (дифференцируется с меланомой и саркомой Капоши), туловище, верхняя конечность, забрюшинное пространство и редко область головы и шеи. Опухоль располагается в мышцах, реже в подкожной жировой клетчатке. Исход: показатели рецидивирования и метастазирования зависят от гистологического варианта опухоли, ее размеров, глубины поражения и локализации.

9. Злокачественная мезотелиома: на плевре определяется опухолевидный плотный инфильтрат, в виде не резко отграниченного узла с утолщением серозной оболочки до 3 см, на разрезе в толще инфильтрат мелкие кисты с серозно-кровянистым содержимым. Локализация: плевра, брюшина, перикард, придаток яичка, область маточных труб. Метастазирование: быстрая лимфогенная диссеминация. Исход: неблагоприятный - прорастает в подлежащий орган.

**Тема 2** *Иммуноцитохимическое маркирование опухолей.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).***

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Иммуногистохимический метод исследования.

2. Возможности использования иммуногистохимического метода для диагностики опухолей.

3. Методы иммуноцитохимического маркирования опухолей.

**Микропрепараты.**

1. Фиброма: Окраска гематоксилином эозином. а) беспорядочное расположение соединительнотканных волокон, б) утолщенные волокна в) фибробласты. Отсутствие клеточного атипизма.

2. Липома: Окраска гематоксилином эозином. а) различной величины и формы дольки жировой ткани, б) тонкие соединительнотканные прослойки, в) фиброзная капсула. Отсутствие клеточного атипизма липоцитов и экспансивный рост опухоли.

3. Ангиома (кавернозная гемангиома): Окраска гематоксилином эозином. а) сосудистые тонкостенные полости типа синусоидов различной величины, б) полости выстланы уплощенными эндотелиальными клетками и разделены соединительнотканными прослойками различной толщины.

4. Хондрома: Окраска гематоксилином эозином. а) дольки содержащие капсулы с различным числом хондроцитов, б) хондроидное вещество.

5. Остеома: Окраска гематоксилином эозином. а) беспорядочное расположение дифференцированных костных балок, различной величины, б) волокнистая соединительная ткань.

6. Лейомиома: Окраска гематоксилином эозином. а) продольно и поперечно расположенные пучки гладкомышечных клеток веретенообразной формы, б) строма из прослоек соединительной ткани, в) кровеносные и лимфатические сосуды.

7. Злокачественная фиброзная гистиоцитома: Окраска гематоксилином эозином. а) атипичные гистиоцитоподобные клетки с выраженным полиморфизмом, б) участок с преобладанием фибробластоподобных элементов, в) гигантская многоядерная клетка типа Тутона.

8. Фибросаркома полиморфноклеточная: Окраска гематоксилином эозином. а) опухолевая ткань отличается выраженным полиморфизмом клеток, б) гиперхроматоз ядер, неправильные митозы, в) преобладание клеток над волокнами.

9. Веретеноклеточная саркома: Окраска гематоксилином эозином. а) атипические клетки имеют веретенообразную форму, подобие незрелых фибробластов, б) коллагеновые волокна.

**Макропрепараты.**

1. Фиброма кожи: в препарате кожный лоскут, на поверхности округлое опухолевидное образование на широком основании, размером 6 см в диаметре. На разрезе белесоватого цвета, волокнистого строения, плотно-эластической консистенции. Локализация: кожа, матка, молочная железа, спинномозговой канал, глазница и др. органы. Исход: благоприятный; осложнения определяются локализацией.

2. Липома: опухолевидный узел с выраженной тонкой фиброзной капсулой, неправильной округлой формы, размерами 5 на 7 см. На разрезе представлен неравномерными жировыми дольками желтого цвета, мягкой консистенции, различных размеров, разделенных тонкими соединительнотканными прослойками. Локализация: где есть жировая ткань. Исход: благоприятный.

3. Фибромиоматоз матки: в препарате тело матки, резко деформированное из-за наличия множественных миоматозных узлов округлой формы с четкими границами, различных размеров и локализацией во всех слоях матки. На разрезе узлы белесоватого цвета, волокнистого строения, по консистенции плотные. В больших узлах имеются участки некроза, кровоизлияний и обызвествления. Осложнения: при субмукозных узлах – кровотечение. Исход: благоприятный.

4. Ангиома печени (кавернозная гемангиома): в препарате печень, в толще паренхимы определяется патологический участок с четкими границами, неправильной формы, размерами 2 на 3см., красно-синюшного цвета, губчатого вида. На разрезе представлен свернувшейся кровью. Виды: капиллярная, венозная, кавернозная, доброкачественная гемангиоперицитома. Исход: благоприятный.

5. Хондрома: в препарате стопа, в области предплюсны имеется опухолевидное образование неправильной округлой формы с четкими границами, плотной консистенции, в диаметре около 8 см. На разрезе имеет вид гиалинового хряща и ячеистое строение. Исход: благоприятный.

6. Фибросаркома: на нижней конечности между мышечными массивами бедра имеется патологическое образование размерами 15 на 10 см, узловатого вида, на разрезе ткань серо-розового цвета, напоминает «рыбье мясо». Границы опухолевого узла не четкие, с прорастанием в окружающую ткань, с фокусами некроза и кровоизлияниями. Исход: часто рецидивирует, но метастазирует реже.

7. Липосаркома: в препарате конгломерат слившихся узлов из жировой ткани, более плотной консистенции, размерами 15х12х8см. На разрезе неоднородного пестрого вида, с участками волокнистого строения, местами ткань белая сочная, напоминает «рыбье мясо», имеются очаги некрозов и кровоизлияний. Локализация: везде где есть жировая ткань, но в виде казуистики встречается в оболочках мозга, семенном канатике, вульве, молочной железе, матке, желудке, костях. Исход: неблагоприятный, но растет относительно медленно, в отличие других злокачественных мезен-химальных опухолей, долго не метастазирует.

8. Злокачественная фиброзная гистиоцитома: на бедре имеется плотный, четко отграниченный конгломерат из нескольких узлов, диаметром 15 см серовато-белового цвета. На разрезе наличие очагов некроза и кровоизлияний.

Локализация: нижние конечности (дифференцируется с меланомой и саркомой Капоши), туловище, верхняя конечность, забрюшинное пространство и редко область головы и шеи. Опухоль располагается в мышцах, реже в подкожной жировой клетчатке. Исход: показатели рецидивирования и метастазирования зависят от гистологического варианта опухоли, ее размеров, глубины поражения и локализации.

9. Злокачественная мезотелиома: на плевре определяется опухолевидный плотный инфильтрат, в виде не резко отграниченного узла с утолщением серозной оболочки до 3 см, на разрезе в толще инфильтрат мелкие кисты с серозно-кровянистым содержимым. Локализация: плевра, брюшина, перикард, придаток яичка, область маточных труб. Метастазирование: быстрая лимфогенная диссеминация. Исход: неблагоприятный - прорастает в подлежащий орган.

**Тема 3** *Опухоли кожи и ее придатков. Невусы и злокачественные меланомы.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Опухоли кожи и ее придатков

2. Невусы и злокачественные меланомы.

**Микропрепараты:**

1. Папиллома кожи: Окраска гематоксилином и эозином. а) гиперпластические разрастания многослойного плоского эпителия с увеличением числа слоев, но сохранением полярности и комплексности расположения клеток, б) базальная мембрана сохранена, в) сосочковый характер неравномерного разрастания покровного эпителия и стромы (тканевой атипизм), гиперкератоз, г) избыточное образование мелких кровеносных сосудов.

2. Папиллома мочевого пузыря: Окраска гематоксилином и эозином. а) тонкие, различной величины и формы эпителиально-стромальные сосочки с высокой дифференцировкой эпителия и стромы.

3. Плоскоклеточный рак с ороговением нижней губы: Окраска гематоксилином и эозином. а) атипичные клетки плоского эпителия с полиморфизмом, гиперхромией ядер, единичными митозами, б) образование раковых «жемчужин», в) тяжи и гнезда атипичных клеток инфильтрирующие подлежащую ткань.

4. Пигментный невус. Окраска гематоксилином и эозином.

(а) скопление меланоцитов в дерме.

**Макропрепараты:**

1. Папиллома кожи: на поверхности кожи имеется опухолевидное образование шаровидной формы размером 1см., на узкой ножке, мягкой консистенции, с поверхности сосочкового вида. На разрезе опухоль хорошо васкуляризирована.

*Локализация:* кожа, слизистые оболочки, выстланные переходным или неороговевающим плоским эпителием – слизистая оболочка полости рта, истинные голосовые связки, лоханки почек, мочеточники, мочевой пузырь. *Исход:* благоприятный; но папилломы мочевого пузыря и голосовых связок могут рецидивировать и малигнизироваться.

2. Папилломатоз слизистой оболочки мочевого пузыря: на слизистой оболочке имеются многочисленные мелкие подвижные опухолевидные образования, состоящие из тонких длинных сосочков. *Осложнение:* кровотечение. *Исход:* малигнизация.

3. Рак кожи: в препарате кожный лоскут на поверхности имеется опухолевидное образование в виде бляшки, размером 2,5 см, с участком изъязвления в центре. На разрезе видно прорастание опухоли в подлежащую ткань.

*Локализация:* чаще на шеи и лице. *Исход:* характерны рецидив и метастазирование преимущественно лимфогенным путем.

1. Родимое пятно (пигментный невус). Препарат участок кожных покровов, на котором имеется участок неправильной формы, коричневого цвета, не выбухающий над поверхностью. *Причины*: врожденный гипермеланоз. *Исход:* без изменений, озлокачествление.

**Тема 4** *Опухоли мягких тканей. Опухоли хряща и костей. Опухоли ЦНС.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Опухоли мягких тканей.

2. Опухоли хряща и костей.

3. Опухоли ЦНС.

**Микропрепараты:**

1. Хондрома.

2. Остеома.

3. Лейомиома.

4. Злокачественная фиброзная гистиоцитома.

5. Фибросаркома полиморфноклеточная.

6. Веретеноклеточная саркома.

**Макропрепараты:**

1. Липома.

2. Фибромиоматоз матки.

3. Ангиома печени (кавернозная гемангиома).

4. Хондрома.

5. Фибросаркома.

6. Липосаркома.

7. Злокачественная фиброзная гистиоцитома

8. Злокачественная мезотелиома

**Тема 5** *Опухоли пищевода желудка, кишечника. Гастробиопсии: дисплазия и «ранний» рак желудк.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Этиология и патогенез опухолей пищеварительной системы.

2.Морфогенез опухолей пищеварительной системы.

3.Классификации опухолей пищеварительной системы.

4.Доброкачественные опухоли пищевода.

5.Предраковые состояния и заболевания пищевода. Пищевод Баррета.

6.Гистологические формы рака пищевода.

7.Доброкачественные опухоли пищевода.

8.Предраковые состояния и заболевания желудка.

9 Злокачественные опухоли желудка.

10.Доброкачественные эпителиальные и мезенхимальные опухоли желудка.

11.Предраковые заболевания кишечника. Значение неспецифических колитов в развитии рака толстой кишки.

12.Карциноидные опухоли.

**Микропрепараты.**

1. Аденокарцинома желудка. Окраска гематоксилином и эозином. а) опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многорядным атипичным эпителием, б) полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием митозов, в) инфильтрация опухолевой тканью всей толщи стенки желудка.

**Макропрепараты.**

1. Аденоматозные полипы кишки: в ректосигмоидальном отделе толстой кишки имеются три опухолевидных образования размерами 1, 2,5 и 3 см, на тонких ножках, неправильной овальной формы с ворсинчатой поверхностью, мягкой консистенции. На разрезе патологические новообразования обильно васкуляризированы и локализуются исключительно на поверхности слизистой оболочки, не прорастая подлежащие ткани. *Осложнения:* кровотечение, перекрут ножки, обтурация просвета. *Исход:* малигнизация.

2. Различные формы рака желудка. а) *Полипозный рак:* на поверхности слизистой оболочки имеется опухолевидное образование растущее в просвет желудка, в виде узла с ворсинчатой поверхностью, размером 3 см в диаметре, на ножке. Ткань опухоли серо-розового цвета, на разрезе богата кровеносными сосудами, прорастает в толщу стенки желудка.

б) *Инфильтративно - язвенный* *рак желудка*: на слизистой оболочке желудка имеюся многочисленные изъязвления различных размеров и глубины. Огромные язвы с бугристым дном и плоскими краями. На разрезе, по краям злокачественной язвы, опухоль характеризуется преимущественно эндофитным ростом, с выраженной канкрозной инфильтрацией стенки желудка. *Причины*: питание (копчености, консервы, маринованные овощи, перец), билиарный рефлюкс (после операций на желудке, особенно по Бильроту II), Helicobacter pylori (способствует развитию атрофии слизистой оболочки, *кишечной метаплазии,* *дисплазии эпителия). Предраковые состояния:* аденомы, язвенная болезнь, хронический атрофический гастрит. Метастазирование: 1. Ортоградные лимфогенные метастазы в регионарные узлы на малой и большой кривизне, ретроградные лимфогенные метастазы в левый надключичный лимфатический узел- метастаз Вирхова, в яичники – Крукенберговский рак, параректальную клетчатку- Шницлеровские метастазы, 3. Гематогенные метастазы в печень, легкие, головной мозг, кости, почки, реже в надпочечники и поджелудочную железу. 4. Имплантационные – карциноматоз плевры, перикарда, диафрагмы, брюшины, сальника.

**Тема 6** Опухоли печени и поджелудочной железы.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.

2. Доброкачественные и злокачественные опухоли поджелудочной железы.

**Микропрепараты.**

1. Аденокарцинома поджелудочной железы. Окраска гематоксилином и эозином. а) опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многорядным атипичным эпителием, б) полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием митозов, в) инфильтрация опухолевой тканью всей толщи стенки желудка.

**Макропрепараты.**

1. Аденокарцинома поджелудочной железы. В толще поджелудочной железы имеется опухолевидное образование без четких границ, прорастающее в околопанкреатическую клетчатку. Ткань опухоли серо-розового цвета, с участками некрозов и кровоизлияний.

Метастазирование: 1. Ортоградные лимфогенные метастазы в регионарные парааортальные лимфоузлы. 3. Гематогенные метастазы в печень, легкие, головной мозг, кости, почки, реже в надпочечники и желудок. 4. Имплантационные – карциноматоз плевры, перикарда, диафрагмы, брюшины, сальника.

**Тема 7** Опухоли гортани и бронхов.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата,реферат, доклад ).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Этиология и патогенез опухолей бронхолегочной системы.

2.Морфогенез опухолей бронхолегочной системы.

3.Классификации опухолей бронхолегочной системы.

4.Доброкачественные опухоли гортани.

5.Предраковые состояния и заболевания гортани.

6.Гистологические формы рака бронхов.

7.Доброкачественные опухоли бронхов.

8.Предраковые состояния и заболевания бронхов.

9 Злокачественные опухоли бронхов.

**Микропрепараты.**

1. Плоскоклеточный рак легкого с ороговением. Окраска гематоксилином и эозином. В ткани легкого видны комплексы атипичных клеток плоского эпителия (а), клетки полигональной формы, соединены межклеточными "мостиками" (б), их ядра крупные, гиперхромные (в), в центре комплексов опухолевых клеток — избыточное образование рогового вещества в виде слоистых образований — "раковых жемчужин" (г)*.*

**Макропрепараты.**

1. Периферический рак легкого. В верхушке легкого виден узел округлой формы с четкими границами, на разрезе серо-белого цвета, с кровоизлияниями и некрозами. *Причины:* влияние различных онкогенных факторов. *Осложнения:* чаще первые клинические признаки обусловлены гематогенным метастазированием. *Исход:* неблагоприятный

**Тема 8** Опухоли легких.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад ).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Доброкачественные опухоли легких.

2.Предраковые состояния и заболевания легких.

3.Злокачественные опухоли легких.

**Микропрепараты.**

1. Плоскоклеточный рак легкого с ороговением. Окраска гематоксилином и эозином. В стенке бронха видны комплексы атипичных клеток плоского эпителия (а), клетки полигональной формы, соединены межклеточными "мостиками" (б), их ядра крупные, гиперхромные (в), в центре комплексов опухолевых клеток — избыточное образование рогового вещества в виде слоистых образований — "раковых жемчужин" (г)*.*

**Макропрепараты.**

1. Центральный рак легкого. В области корня левого легкого виден узел серо-розового цвета, без четких контуров, от узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани. Лимфатические узлы корня легкого увеличены в размерах, на разрезе серо-розовые с вкраплениями угольной пыли черного цвета. *Причины:* влияние различных онкогенных факторов. *Осложнения*: ателектазы, пневмония, распад опухоли с легочным кровотечением, нагноение. Лимфогенное, а затем и гематогенное метастазирование. *Исход:* неблагоприятный.

**Тема 9** *Дисплазии и опухоли молочной железы. Лейкоплакия, дисплазия и рак шейки матки. Аденоматоз и рак эндометрия. Миомы матки. Опухоли яичника.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Этиология и патогенез, морфогенез и классификации опухолей молочных желез

2.Дисгормональная мастопатия, как предопухолевый процесс.

3.Дорокачественные опухоли молочных желез. Особенности морфологии филлоидной аденомы.

4.Злокачественные опухоли молочных желез, гистологические варианты.

5.Лейкоплакия, дисплазия шейки матки.

6.Злокачественные опухоли шейки матки. Гистологические типы.

**Микропрепараты**

1. Фиброаденома молочной железы: Окраска гематоксилином и эозином. а) беспорядочно расположенные железистые структуры различной формы и величины, б) пролиферация альвеол и внутридольковых протоков, в) разрастание внутридольковой соединительной ткани.

2. Плоскоклеточный рак шейки матки без ороговения: Окраска гематоксилином и эозином. а) пласты и тяжи атипичного плоского эпителия с нарушением полярности и комплексности эпителиального пласта, полиморфизмом клеток, гиперхромией ядер, патологическими митозами, б) инфильтрирующий рост опухоли, с прорастанием базальной мембраны и подлежащей ткани.

**Макропрепараты**

1. Фиброаденома молочной железы: в ткани молочной железы инкапсулированный узел с четкими границами, плотной консистенции, подвижный при пальпации, 3 см в диаметре. На разрезе белесоватого цвета, волокнистого вида, с щелевидными полостями. *Причина:* нарушение баланса эстрогенов. *Исход:* благоприятный. С возрастом может регрессировать. Редко (у 0,1%) возникает малигнизация.

2. Рак влагалищной порции шейки матки: в препарате матка с шейкой. В области экзоцервикса имеется опухолевидное образование неправильной округлой формы с нечеткими контурами, размером примерно 2,5 на 3 см, с изъязвлением по поверхности. Опухоль растет преимущественно в полость влагалища - экзофитно, на разрезе прорастает в стенку шейки матки. *Причины:* нарушение гормонального баланса. *Предраковые изменения:* эндоцервикоз, лейкоплакия, дисплазия, папилломатоз, аденоматоз, полипы. *Метастазы:* рано в лимфатические узлы малого таза, паховые, забрюшинные. Позднее наблюдаются и гематогенные метастазы.

4. Рак молочной железы. В препарате молочная железа, на разрезе определяется плотный опухолевый узел серого цвета, с нечеткими границами, прорастающий окружающую ткань. *Причина:* нарушение гормонального фона, влияние канцерогенных факторов. *Осложнения и исходы:* метастазирование в регионарные лимфатические узлы, поздние гематогенные метастазы.

**Тема 10** *Аденоматоз и рак эндометрия. Миомы матки. Опухоли яичника.*

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Аденоматоз, причины развития, прогноз.

2. Рак эндометрия. Предраковые процессы в эндометрии.

3.Доброкачественные опухоли матки: миомы, виды, прогноз.

4.Опухоли яичника. Классификация. Гистологические варианты.

**Микропрепараты**

1. Аденокарцинома эндометрия. Окраска гематоксилином и эозином.

В эндометрии определяются атипичные железистые комплексы разной величины и формы (а), построенные из полиморфных клеток эндометриодного типа (б), эпителий многорядный, полярность его нарушена (в), ядра крупные, гиперхромные, с наличием митозов (г).

**Макропрепараты**

1. Рак эндометрия. В препарате матка с придатками, увеличена до размеров 16-недельной беременности. В области дна виден опухолевый узел, растущий экзофитно в полость, неправильной округлой формы, пестрого вида, мягкой консистенции, диаметром 2 см. На разрезе опухоль прорастает стенку матки. *Причины:* нарушение гормонального фона, влияние канцерогенных факторов. *Осложнение и исходы:* прорастание в соседние органы, метастазирование в лимфатические узлы.

2. Серозная киста яичника. В препарате яичник, увеличен в размерах за счет полостного тонкостенного образования, шаровидной формы, размерами 5 см, заполненного прозрачной жидкостью. На разрезе внутренняя оболочка кисты гладкая. Паренхима яичника атрофирована. *Причина:* нарушение гормонального фона. *Исходы:* разрыв с развитием пельвиоперитонита, гемоперито-неума.

**Тема 11***. Рубежный контроль: «Онкоморфология».*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости** *(собеседование, диагностика макропрепарата и микропрепарата).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Собеседование**

Все вопросы к текущим занятиям.

**Диагностика макро- и микропрепаратов.**

Макро- и микропрепараты изучаемые на текущих занятиях.

**Отработка практических умений и навыков** *(Диагностика у секционного стола, оформление медицинской документации на клинической базе кафедры. Микроскопическое изучение гистологических препаратов с оформлением патогистологического заключения).*

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам в устной форме и в форме демонстрации практических навыков.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1.Задачи, методы и уровни исследования в онкологии.

2.Стадийность развития рака. Фоновые состояния и предраковые изменения.

3.Клинико-гистологическая характеристики рака.

4.Клинико-гистологическая характеристики саркомы.

5.Клинико-гистологическая характеристики доброкачественных опухолей из эпителия и производных мезенхимы

6.Методы иммуноцитохимического маркирования опухолей.

7. Опухоли кожи и ее придатков

8. Невусы и злокачественные меланомы.

9. Опухоли мягких тканей.

10. Опухоли хряща и костей.

11. Опухоли ЦНС.

12.Этиология и патогенез опухолей пищеварительной системы.

13.Классификации опухолей пищеварительной системы.

14.Доброкачественные опухоли пищевода.

15.Предраковые состояния и заболевания пищевода. Пищевод Баррета.

16.Гистологические формы рака пищевода.

17.Доброкачественные опухоли пищевода.

18.Предраковые состояния и заболевания желудка.

19 Злокачественные опухоли желудка.

20.Доброкачественные эпителиальные и мезенхимальные опухоли желудка.

21.Предраковые заболевания кишечника. Значение неспецифических колитов в развитии рака толстой кишки.

22.Карциноидные опухоли.

23.Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.

24. Доброкачественные и злокачественные опухоли поджелудочной железы.

25.Этиология и патогенез опухолей бронхолегочной системы.

26.Морфогенез опухолей бронхолегочной системы.

27.Классификации опухолей бронхолегочной системы.

28.Доброкачественные опухоли гортани.

29.Предраковые состояния и заболевания гортани.

30.Гистологические формы рака бронхов.

31.Доброкачественные опухоли бронхов.

32.Предраковые состояния и заболевания бронхов.

33 Злокачественные опухоли бронхов.

34.Доброкачественные опухоли легких.

35.Предраковые состояния и заболевания легких.

36.Злокачественные опухоли легких.

37.Этиология и патогенез, морфогенез и классификации опухолей молочных желез

38.Дисгормональная мастопатия, как предопухолевый процесс.

39.Дорокачественные опухоли молочных желез. Особенности морфологии филлоидной аденомы.

40.Злокачественные опухоли молочных желез, гистологические варианты.

41.Лейкоплакия, дисплазия шейки матки.

42.Злокачественные опухоли шейки матки. Гистологические типы.

43.Аденоматоз, причины развития, прогноз.

44. Рак эндометрия. Предраковые процессы в эндометрии.

45.Доброкачественные опухоли матки: миомы, виды, прогноз.

46.Опухоли яичника. Классификация. Гистологические варианты.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Ситуационная задача № 1**

У мужчины 62 лет в области корня правого легкого обнаружен узел диаметром 8 см на разрезе – беловато-серого цвета без четких контуров, связанный с просветом бронха, стенки которых уплотнены и утолщены. От узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани*.* Лимфатические узлы корня легкого увеличены, на разрезе серо-белые. *Микроскопически* – опухоль состоит из пластов высокодифференцированных полиморфных клеток, с сохранением базальной ориентации, имеются роговые жемчужины, ядра гиперхромные с неровными очертаниями, полиморфные. Строма в опухоли скудная с инфильтрацией лимфоцитами, видны участки некроза.

1.Определите форму опухолевого поражения легких.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Перечислите предопухолевые процессы в легких.

4.Назовите гистологические признаки определяющие степень дифференцировки опухоли.

5.Назовите первичные метастазы данной опухоли.

**Ситуационная задача № 2**

У мужчины 48 лет, лечившегося по поводу пневмокониоза, было обнаружено опухолевидное образование. *Макроскопически:* в верхушке правого легкого определяется узел округлой формы с нечеткими границами, в диаметре 6см, на разрезе серо-белого цвета.

*Микроскопически*: патологически измененная ткань построена из цилиндрического эпителия, вырабатывающего муцин, который выстилает альвеолярные структуры, с формированием участков тубулярного строения. Опухоль растет среди фиброзной ткани с лимфоплазмоцитарной инфильтрацией.

1.Определите форму опухолевого поражения легких.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3. Перечислите гистологические виды аденокарцином, чем они различаются.

4. Какой патологический процесс явился фоновым для развития заболевания.

5. Дайте определение пневмокониозам.

**Ситуационная задача № 3**

У мужчины 37 лет при флюорографии обнаружен субплевральный узел неправильной формы «хрящевой плотности», с четкими границами, с локализацией в нижней доле левого легкого, размерами 10см в диаметре, поверхность разреза однородная полупрозрачная, беловатого цвета с участками обызвествления. *Микроскопически* – узел представлен хрящевой тканью, с участками ослизнения и очагами фиброзной и жировой ткани. Встречаются единичные железистые образования выстланные кубическим эпителием.

1.Поставьте гистологический диагноз. Назовите разновидность патологического процесса.

2.Назовите причину развития данной патологии.

3.Назовите гистологические варианты данной патологии.

4.Перечислите отличительные признаки данной патологии от тератомы.

5.Перечислите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 4**

Мужчина 40 лет обратился в больницу с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами «облаковидные».

*Микроскопически:* полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток среди которых встречаются перстневидные клетки.

1.Определите форму опухолевого поражения легких.

2.Поставьте гистологический диагноз.

3.С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

**Ситуационная задача № 5**

Мужчина 50 лет обратился за медицинской помощью по поводу хронического кашля, хрипловатости голоса, боли в горле при глотании. При опросе выяснилось, что больной длительное время страдает изжогой, проявляющейся в ощущении жжения за грудиной и в области эпигастрии, отрыжкой воздухом, появлением во рту кислотного привкуса. При эндоскопическом исследовании пищевода обнаружены длинные сегменты цилиндрического эпителия, распространяющегося вверх по пищеводу, над областью пищеводно-желудочного перехода, и имеющего характерный красный цвет и "бархатный" вид, на фоне расположенного рядом с ним тонкого, бледного, с глянцевой поверхностью плоского эпителия. В биопсийном материале из дистального отдела пищевода, выявляется ограниченное замещение слоев плоского эпителия на специализированный кишечный эпителий. И поверхность слизистой оболочки, и железы кишечного типа выстланы цилиндрическим эпителием. Слизистая оболочка из области пищеводно-желудочного перехода представлена пролиферирующими железами и солидными структурами из атипического железистого эпителия с множественными митозами.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите фоновое заболевание и связанное с ним осложнение, способствовавшее развитию данной патологии.

3.Отметьте ведущую роль в патогенезе фонового заболевания и причины его развития.

4.Назовите морфологический критерий данного осложнения.

**Ситуационная задача № 6**

Труп истощенного мужчины 65 лет. Из истории болезни: болен опухолью желудка (гистологически аденокарцинома), 4 клиническая группа.

*Вскрытие:* сердце обычных размеров, массой 280,0 гр. В пилорическом отделе желудка опухолевый узел белесовато-серого цвета на разрезе. В воротах печени аналогичная описанному узлу опухолевая ткань, с единичными мелким округлыми узелками в паренхиме печени. В правом легком очаговые светло-серые уплотнения, с поверхности разреза, которых выделяется мутная белесоватая жидкость.

*Микроскопически* в ткани опухолевых узлов желудка и печени картина аденокарциномы. В легких слизистая бронхов полнокровная, в просвете бронхов слизь, гной, спущенные эпителиальные клетки. В просвете альвеол скопление распадающихся нейтрофилов, эритроциты.

1.Назовите основное заболевание.

2.Объясните механизм развития патологического процесса в печени.

3.Назовите отличительные морфологические критерии первичной и вторичной злокачественной опухоли.

4. Какое осложнение явилось причиной смерти.

**Ситуационная задача № 7**

Мальчик 4 лет с жалобами, со слов матери, на слабость, похудание, снижение аппетита, периодический субфебрилитет. В крови умеренная анемия, повышение СОЭ. При обследовании в животе пальпируется плотное и гладкое объемное образование. УЗИ выявило опухолевидное образование правой почки. Произведена нефрэктомия. Макроскопически опухоль размерами 10см прилежит к лоханке, хорошо отграниченная от ткани почки, на разрезе беловатая с очагами некроза, кровоизлияний и множественными тонкостенными кистами. *Гистологически* опухолевая ткань состоит из солидных полей и тяжей клеток с овальным и круглым ядром, в центре которых формируются трубочки, напоминающие почечные канальцы, имеются образования, сходные с почечными клубочками. Между полями эпителиальных клеток располагается рыхлая незрелая соединительная ткань с вытянутыми клетками и наличием групп гладких и поперечнополосатых мышечных волокон, сосудов разного калибра, жировой ткани.

1.Поставьте гистологический диагноз, отметьте степень дифференцировки опухоли.

2.Назовите этиопатогенетические факторы, ведущие к развитию заболевания.

3.Назовите морфологический критерий опухоли.

4.Назовите благоприятные и неблагоприятные в прогностическом отношении гистологические варианты данной опухоли.

**Ситуационная задача № 8**

Женщина 27 лет осмотрена гинекологом. Влагалище нерожавшей женщины, устье цервикального канала округлое. Во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки, имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. *Микроскопически* видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, в подлежащей ткани железистые структуры, в строме лимфо-лейкоцитарный инфильтрат и обилие тонкостенных кровеносных сосудов.

1.Назовите патологический процесс шейки матки, форму.

2. Назовите причину развития, ее особенность

3. Перечислите синонимы данной патологии.

4. Перечислите особенности эндоцервикоза (псевдоэрозии).

**Ситуационная задача № 9**

Женщина 32 лет осмотрена гинекологом. Влагалище нерожавшей женщины, устье цервикального канала округлое. Во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки, имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. *Микроскопически* видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, с железистыми структурами в подлежащей ткани. Имеются участки разрастания метапластического плоского эпителия по поверхности и в отдельных железах. В строме лимфоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов и обилие тонкостенных кровеносных сосудов.

1.Назовите патологический процесс шейки матки, форму.

2.Объясните механизм изменений в ткани шейки матки.

3.Что означает «зона трансформации»

4. Назовите тип эпителия в зоне трансформации шейки матки.

5. Назовите основную функцию резервных клеток и их роль в физиологических и патологических процессах.

**Ситуационная задача № 10**

Женщина 36 лет, с отягощенным социальным и акушерским анамнезом- никотинозависимость, ранняя половая жизнь, затяжное хроническое воспаление шейки матки, обратилась с жалобами на обильные водянистые бели *и* контактные кровянистые выделения.

При кольпоскопии - расширенные, неправильно ветвящиеся сосуды в патологически измененном участке эпителия, имеющего беловатую окраску. Произведена электроконизация щейки матки.*Микроскопически* в многослойном плоском эпителии отмечается нарушение стратификации пласта, представленного пролиферацией базальных и парабазальных клеток с нарушением их дифференцировки, гиперхромией и полиморфизмом ядер. Митотически делящиеся клетки захватывают 1/2 толщи пласта многослойного плоского эпителия. Видны единичные атипические митозы. В поверхностных слоях выявляются клетки с крупным гиперхромным ядром и глыбками хроматина, ядерная мембрана утолщена, неправильной формы. Вокруг ядра определяется широкий ободок просветлённой цитоплазмы

1.Назовите патологический процесс шейки матки.

2.Перечислите причины для его развития.

3.Назовите фоновые заболевания для данного патологического процесса.

4.Перечислите исходы.

**Ситуационная задача № 11**

Женщина 34 лет с жалобами на бели, кровоточивость при контакте осмотрена гинекологом. Произведена биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании в базальных и парабазальных слоях многослойного плоского эпителия выраженная пролиферация гиперхромных и полиморфных клеток с их дезорганизацией, нарушением полярности, но без нарушения базальной мембраны. Атипические клетки проникают в промежуточные и поверхностные слои эпителиального пласта, имеется умеренное количество атипических митозов.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Объясните особенность данной патологии.

3.Назовите отличие 3 степени дисплазии от Сainsitu.

4.Назовите самую частую локализация рака шейки матки.

5.Перечислите факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации.

**Ситуационная задача № 12**

У женщины 35 лет при цитологическом исследовании мазка из шейки матки на профилактическом осмотре, были выявлены патологические изменения плоского эпителия в виде многоядерных клеток, чешуек, увеличения ядер с их гиперхромией, много зерен кератина. Была направлена для дальнейшего обследования. При кольпоскопии на влагалищной порции шейки матки выявлены белые лакированные пятна в виде мозаики. Произведена биопсия. При микроскопическом исследовании акантоз плоского эпителия, дискератоз, паракератоз, 2-3 слоя зернистых клеток с базофильными гранулами. В подэпителиальном слое очаговая лимфо-лейкоцитарная инфильтрация.

1.Назовите патологический процесс шейки матки.

2.Назовите причины для ее развития.

3.Перечислите гормональные нарушения при данной патологии.

4.Назовите гистологические изменения эндометрия, сопровождающие этот патологический процесс.

**Ситуационная задача № 13**

Женщина 34 лет с жалобами на нарушение менструальной функции была осмотрена гинекологом. При исследовании цервикального канала был выявлен патологический очаг, экзофитного разрастания слизистой оболочки. Произведена прицельная биопсия. *Микроскопически*опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многорядным атипичным эпителием, полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием множественных митозов.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.К какому виду патологического процесса относится данная патология.

3.Назовите фоновые процессы для развития заболевания.

4.Назовите известную достоверную причину заболевания шейки матки.

5.Перечислите особенности данной патологии.

**Ситуационная задача № 14**

Женщина 33 лет поступила в гинекологическое отделение с маточным кровотечением. Соскоб эндометрия обильный. *При гистологическом исследовании* количество желез увеличено, они имеют различную величину и конфигурацию - извилистые, штопорообразные, эпителий пролиферативного типа, некоторые железы кистозно-расширены, в строме гистиолимфоцитарные инфильтраты.

1.Назовите патологический процесс в эндометрии.

2.Назовите причину и предрасполагающие факторы возникновения данной патологии.

3.Назовите вид атипизма данного заболевания.

4.Объясните механизм развития изменений в органе.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 15**

У женщины 43 лет на фоне внутриматочного контрацептива произошла задержка месячных на 14 дней, появились мажущие кровянистые выделения перешедшие затем в маточное кровотечение. При выскабливании полости матки получен обильный соскоб. *При гистологическом исследовании* деление на компактный и спонгиозный слой отсутствует, клубки сосудов не определяются. Железы разной величины и формы располагаются очень тесно, «спинка к спинке», эпителий желез активно пролиферирует. Отмечается ветвление желез, многорядность эпителия, в крупных гиперхромных ядрах обилие митозов.

1.Назовите патологический процесс в эндометрии.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Какие виды атипизма характерны для данной патологии.

4.Назовите возрастной период женщины, характеризующийся возрастанием этой патологии.

5.Назовите возможный неблагоприятный исход заболевания матки.

**Ситуационная задача № 16**

У женщины 58 лет на фоне менопаузы в течение 7 лет начались кровотечения типа метроррагий. При пальпации обнаружена множественная миома тела матки. Произведена ампутация тела матки. Матка равномерно и диффузно увеличена, высотой до17,0 см, толщина миометрия в средней части достигает 4,5 см, на разрезе зернистого вида с множеством мелких кист, выполненных коричневатым содержимым. *При гистологическом исследовании* в толще внутреннего и среднего слоя миометрия множество очагов типичной стромы эндометрия, имеющих неправильную форму и содержащие эндометриальные железы, выстланные пролиферирующим эпителием.

1.Назовите заболевание матки.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Назовите провоцирующие факторы формирования этой патологии матки.

4.Назовите теории происхождения заболевания.

5.С какой патологией эндометрия сочетается данное заболевание.

**Ситуационная задача № 17**

У больной 35 лет в течение нескольких лет определяются очаги уплотнения в обеих молочных железах, размеры которых варьируют в зависимости от фазы менструального цикла. *При микроскопическом исследовании* строение ткани молочной железы нарушено, выявляются деформированные дольки с внутридольковой стромой. Между дольками находится междольковая соединительная и жировая ткань. Эпителиальные клетки, выстилающие железистые структуры, преимущественно темные, мелкие, тесно расположенные, образующие в протоках и альвеолах многослойные солидные и криброзные структуры.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите распространенные формы фиброзно-кистозной мастопатии.

3.Назовите морфологический вариант данного заболевания.

4. Назовите морфологические проявления фиброзно-кистозной мастопатии.

5.Определите возможный прогноз по гистологической картине.

**Ситуационная задача № 18**

У женщины 45 лет после удаления доброкачественной опухоли в молочной железе, наблюдался рецидив заболевания. Макроскопически опухоль представлена хорошо отграниченными плотными массами, на разрезе желто-коричневого цвета, с щелями, напоминающими прожилки листа. *При гистологическом исследовании* протоки выстланы эпителиальными и миоэпителиальными клетками, с интраканаликулярным врастанием в них стромы, которая характеризуется повышенной клеточностью.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический его вариант.

3.Перечислите возможные провоцирующие факторы имеющие роль в развитии опухоли.

4. В каком возрастном периоде наиболее часто встречается данная патология.

5.Перечислите особенности течения и прогноз данной патологии.

**Ситуационная задача № 19**

У женщины 34 лет во время операции овариоэктомии по поводу кисты правого яичника обнаружено тонкостенное, кистозное образование 2см в диаметре, с гладкой блестящей внутренней поверхностью, выполненное прозрачной слегка желтоватой жидкостью. *При гистологическом исследовании* стенка кисты фиброзная, выстилка которой образована высоким цилиндрическим эпителием.

1.Назовите основное заболевание, прогноз.

2.Поставьте гистологический диагноз.

3.Назовите синоним данной патологии, подчеркивающий, что новообразование полостного характера.

4.К какому типу патологического процесса относится данное новообразование.

5.Назовите какие опухоли по степени дифференцировки, чаще развиваются из целома.

6.Назовите злокачественный аналог.

**Ситуационная задача № 20**

У девочки 14 лет два года после удаления дермоидной кисты левого яичника и клиновидной резекции правого яичника появилось образование в малом тазу диаметром 20,0 см. Во время срочного интраоперационного исследования обнаружена опухоль кистозно-солидного строения мягкой консистенции с множеством кист разного размера, часть из которых выполнена мутным геморрагическим содержимым. *При микроскопическом исследовании* в стенке кисты и солидных участках найдены зрелые эмбриональные структуры нескольких типов тканей и незрелая глиозная ткань.

1.Назовите разновидность опухолевидного образования.

2.Назовите тип данного новообразования.

3.Укажите источник его развития.

4.Назовите особенность течения новообразования.

5.Дайте морфологическую характеристику дермоидной кисты яичника.

**Ситуационная задача № 21**

У женщины 44 лет на фоне отсутствия месячных появились постоянные тянущие боли в поясничной области. При УЗИ-исследовании оба яичника увеличены. Произведена операция экстирпации матки с придатками. При макроскопическом исследовании правый яичник увеличен до 6,5 см, левый до 12,0 см, поверхность яичников крупнобугристая, на разрезе ткань пестрого вида с кистозными полостями разной величины, со слизисто-гнойно-геморрагическим содержимым, плавающими и крошащимися сосочками. Внутренняя поверхность с сосочковыми разрастаниями желто-белого цвета с кровоизлияниями и некрозами. *При гистологическом исследовании* строение яичника полностью нарушено за счет разрастания опухолевой ткани образованной атипичными сосочковыми структурами, построенными из атипических клеток, с выраженным клеточным и ядерным атипизмом. Строма большей части сосочков фиброзная.

1.Поставьте гистологический диагноз.

3.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Перечислите особенности данной патологии яичников.

4.Объясните причину поздней диагностики опухолей яичников.

**Ситуационная задача № 22**

У женщины 68 лет, пониженного питания, на фоне аменореи длящейся 25 лет, начались мажущие, чередующиеся с более интенсивными кровотечения, непрекращающиеся в течение последних 6-и месяцев. При ультразвуковом исследовании органов малого таза патологии не выявлено. Произведено диагностическое выскабливание полости матки, получен обильный соскоб. *При гистологическом исследовании* обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с выраженным клеточным и ядерным атипизмом, наличием патологических митозов.

1.Назовите патологический процесс эндометрия.

2.Назовите гистологическую форму.

3.Назовите патогенетические варианты рака эндометрия.

4.Назовите основную причину развития негормонозависимого рака матки.

5.Назовите особенности развития негормонозависимого рака матки и степень его дифференцировки.

**Ситуационная задача № 23**

Женщина 55 лет страдающая сахарным диабетом, с отсутствием родов в анамнезе, лечившаяся по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на интенсивное кровотечение. УЗИ показало наличие новообразования в полости матки и кистозно-измененные яичники. Произведена экстирпация матки с придатками. При морфологическом исследовании в полости матки имеется узел 3 см пестрого вида, мягкой консистенции, не прорастающий стенку матки. В левом яичнике множественные кисты до 1см в диаметре, с гладкой внутренней поверхностью и серозным содержимым. *При гистологическом исследовании* в эндометрии обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с умеренным клеточным и ядерным атипизмом, небольшим количеством патологических митозов. Стенка кистозных образований яичника представлена фиброзной тканью, внутренняя выстилка образованна цилиндрическим реснитчатым эпителием.

1.Назовите патологический процесс эндометрия.

2.Назовите гистологическую форму.

3.Назовите фак­торы риска гормонозависимого рака тела матки.

4.Назовите основную причину развития гормонозависимого рака матки.

5.Назовите особенности развития гормонозависимого рака матки и степень его дифференцировки.

**Ситуационная задача № 24**

Женщина 35 лет с жалобами на тупые тянущие боли внизу живота, общее недомогание, дизурические явления, утомляемость, нарушения менструального цикла. При УЗИ обнаружено

новообразование правого яичника. Произведена операция овариоэктомия. Макроскопически опухоль размерами 10 см в диаметре, с гладкой белесоватой фиброзной капсулой, мягкой консистенции. На разрезе опухолевая ткань светло-коричневого цвета, полностью замещает паренхиму яичника. *При гистологическом исследовании* ткань опухоли представлена крупными округлыми клетками, сходными с зародышевыми клетками примордиальных фолликулов, цитоплазма которых содержит гликоген. Группы опухолевых клеток окружены тонкими прослойками соединительной ткани со скоплением лимфоцитов.

1.Назовите разновидность опухоли по степени дифференцировки и происхождению.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Назовите особенность клинического течения данной опухоли по сравнению с другими –из

этой группы.

4.Назовите, что необходимо дополнительно взять для гистологического исследования.

5.С какой опухолью часто сочетается обнаруженная опухоль яичника.

**Ситуационная задача № 25**

У мужчины 20 лет на профилактическом осмотре при не увеличенных размерах яичка обнаружено уплотнение. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина.

Макроскопически чётко отграниченный узел дольчатого строения, оттесняющий ткань яичка. На разрезе ткань желтовато-розового цвета, с очагами кровоизлияний. *При гистологическом исследовании* опухолевая ткань формирует альвеолярные гнёзда, образованные крупными, светлыми клетками полигональных очертаний с круглым ядром.Встречаются псевдожелезистые и криброзные структуры. В строме обнаруживаются многочисленные лимфоциты и гранулематозная инфильтрация. В сохранившейся части яичка между канальцами видны островки крупных клеток с ацидофильной цитоплазмой.

1.Назовите вид опухоли по степени дифференцировки.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Назовите происхождение опухолевого процесса и источник развития.

4.Назовите фоновые патологические состояния.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 26**

Мужчина в возрасте 30 лет с жалобами на кровохарканье, выраженное увеличение грудных желез. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина. УЗИ органов выявило новообразование яичка. Обследование легких выявило диссеминированный патологический процесс. Морфологически опухоль яичка в виде небольшого узла с множественными очагами некроза и кровоизлияний. Микроскопически новообразованная ткань яичка представлена солидно-сосочковыми комплексами цитотрофобласта из мономорфных одноядерных клеток со светлой цитоплазмой и везикулярным ядром. Вокруг- полиморфные многоядерные клетки синцитиотрофобласта с одним крупным гипер- или гипохромным ядром. Встречают признаки внутрисосудистой инвазии трофобласта. Имеются очаги некрозов и кровоизлияний.

В биопсийном материале из легких обнаружена аналогичная морфологическая картина.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический вариант опухоли.

3.Назовите происхождение опухолевого процесса.

4.Назовите достоверный гистологический признак опухоли.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 27**

Девочка 14 лет с жалобами на постоянные боли внизу живота, сукровичные выделения из половой щели, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больной себя считала более 8 месяцев, когда началось нарушение менструального цикла, проявлявшегося непрекращающимися кровянистыми выделениями. Трижды обращалась к гинекологу. Диагностирована дисфункция яичников, по поводу которой принимала кровоостанавливающие и гормональные средства. Лечение безуспешное. Была госпитализирована в городскую больницу. В периферической крови выявлены лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и гипохромная анемия. При гинекологическом исследовании шейка матки гипертрофированная, плотная, бочкообразная. Вся верхняя и средняя трети полости влагалища заняты экзофитной опухолью, «вколоченной» в просвет влагалища. Осуществлена тотальная гистерэктомия с 2/3 влагалища. Макроскопически:правые придатки, левая маточная труба и тело матки не изменены. Правый яичник замещен кистой, наполненной соломенно-желтой жидкостью, имевшей гладкие, блестящие внутреннюю и наружную оболочки, капсулы. Шейка матки представлена опухолью размером 8Х6 см, исходящую из слизистой цервикального канала, инфильтрирующую тотально всю мышцу и прорастающую в задний влагалищный свод. *При гистологическом исследовании* в яичнике фолликулярная киста. Эндометрий — без особенностей.

Опухолевая ткань состоит из крупных светлых клеток типа сапожного гвоздя с большой шляпкой, с выраженной атипией и многочисленными митозами, в строме гиалиноз.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Объясните механизм развития патологии.

4.Объясните, с чем может быть связана поздняя диагностика данной патологии.

5.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 28**

У женщины 47 лет через 4 месяца третьих срочных оперативных родов прекратилась лактация, появились обильные кровянистые выделения из половых путей. При ультразвуковом исследовании - матка увеличена до 14-16 недель беременности, с внутристеночным расположением опухолевых очагов. Произведена ампутация матки. *Гистологически* опухоль состоит из клеток Лангганса, располагающихся альвеолами, которые окружены слоем синцития и как бы заключены в сеточку, и инвазивного хориального эпителия. Опухоль не имеет стромы и своих сосудов. Элементы ее прорастают в кровеносные сосуды, инфильтрируя и некротизируя их стенку, обусловливая кровоизлияние и тромбоз сосуда.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите патологический процесс матки.

3.Назовите возможные причины и состояния, способствующие развитию данной патологии.

4.Назовите возможные осложнения заболевания.

5.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 29**

У мужчины 28 лет, с отягощенным социальным и соматическим анамнезом - ВИЧ-инфицированный, на коже дистальных отделов конечностей, возле поверхностных вен, в основном на стопах и переднебоковых поверхностях голеней, а также на лице и туловище, появились множественные симметричные узловатости красновато-синюшного цвета с буроватым оттенком. В области очагов поражения кожа уплотненная и отечная.

*Гистологически* в очагах поражения большое количество предсуществующих и новообразованных сосудов, различного типа: капилляры, артериолы, венулы и лимфатические щели, находящиеся на

разных стадиях дифференцировки. Многие тонкостенные сосуды резко расширены и переполнены кровью, образуют лакуны типа "кровяных озер". Местами выявляются очаги кровоизлияний и отложения гемосидерина. Имеются периваскулярные пролифераты разных размеров, состоящие из округлых клеток с крупными ядрами, среди которых можно видеть лимфоидные элементы, гистиоциты, плазмоциты и веретенообразные клетки с вытянутыми ядрами, располагающиеся в виде переплетающихся в различных направлениях тяжей.

1.Поставьте гистологический диагноз, определите гистогенез и дифференцировку.

2.Назовите этиопатогенетические факторы в развитии данной патологии.

3.Назовите морфологические варианты данной патологии.

4.Перечислите клинико-морфологические типы данной патологии.

**Ситуационная задача № 30**

У мужчины 23 лет на коже шеи, на уровне воротничка рубашки слегка возвышающееся пятно 0,2×0,5 см светло-коричневого цвета, которое за последние 2 месяца приобрело темно-коричневый цвет. *Гистологически* в базальном слое акантотических структур эпидермиса на уровне эпидермо-дермального соединения крупные гнезда, шаровидные структуры из мономорфных клеток с оптически пустой цитоплазмой, нечеткими границами. Кое-где содержат пылевидные мелкие зерна коричневого цвета. Редко встречаются одиночные митозы. Отдельные светлые клетки находятся в дерме.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите клинико-морфологические разновидности данной патологии.

3.Перечислите отличия невусных клеток от меланоцитов.

4.Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.

**Ситуационная задача № 31**

У мужчины 50 лет на коже нижней губы около 3-х месяцев назад появился и начал увеличиваться возвышающийся над кожей плотный узел серого цвета, достигнув 2 см в диаметре. На разрезе серо-розового цвета. *Микроскопически* – массивный кератоз, умеренно выраженный папилломатоз, резко выраженный акантоз в виде тяжей многослойного плоского эпителия, разрастающегося до уровня потовых желез. В акантотических тяжах местами плохо различим базальный слой эпителия. В периферических отделах опухоли видна дезорганизация базального слоя, с ядерным полиморфизмом, много митозов. Встречаются участки менее дифференцированного эпителия шиповатого типа с мелкими базофильными кератоцитами, имеется кератинизация отдельных клеток, а также их групп с образованием гнезд дискератоза и роговых кист.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите предрасполагающие факторы.

3.Назовите наиболее частую локализацию данного новообразования.

4.Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.

5.Назовите разновидность данной опухоли, более неблагоприятную в прогностическом отношении.

**Ситуационная задача № 32**

У женщины 66 лет на коже лица новообразование, представленное пигментированной дольчатой бляшкой 2см с телеангиэктазиями и изъязвлением на поверхности*. Микроскопически* видны тяжи и комплексы мелких интенсивно окрашенных клеток, напоминающих клетки базального слоя эпидермиса. Отмечается палисадообразное расположение опухолевых клеток, по периферии тяжа клетки имеют высокую призматическую форму, в толще его — полигональную. Кое-где видны межклеточные «мостики», изредка встречаются митозы. Скопления и тяжи опухолевых клеток «сползают» с базальных слоёв эпителия, как капли, проникая в дерму.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Назовите этиологические факторы заболевания.

4.Отметьте излюбленную локализацию данного новообразования.

5.Назовите возможный прогноз.

**Ситуационная задача № 33**

У женщины 55 лет на коже правого плеча в коричневом образовании 1см в диаметре, с шероховатой поверхностью, около месяца назад появилось изъязвление. При гистологическом исследовании эпидермис утолщен, с массивными акантотическими разрастаниями. Имеется кератоз с небольшими гнездами дискератоза. В базальном слое, а также в вышележащих слоях имеется большое количество полиморфных крупных клеток, содержащих меланин. Атипичные клетки имеют большие ядра с неровными контурами, с краевым (под ядерной мембраной) расположением хроматина, а также чётко заметные эозинофильные ядрышки. Группы светлых клеток, с оптически пустой цитоплазмой обнаруживаются в сосочковом слое дермы, где имеется густой лимфоидноклеточный инфильтрат.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Перечислите предрасполагающие факторы для развития данной патологии.

3.назовите стадии морфогенеза данной опухоли.

4.Назовите основные типы данной опухоли.

**Ситуационная задача № 34**

У женщины 30 лет увеличился паховый лимфатический узел справа, появилась умеренная болезненность. Антибактериальная терапия в течение 2-х недель – без эффекта. Выполнена биопсия пахового лимфатического узла справа. *Микроскопически:* рисунок строения лимфатического узла сохранен, капсула узла утолщена и склерозирована, на всем протяжении диффузно инфильтрирована лимфоцитами. Краевой синус почти на всем протяжении облитерирован, местами в нем обнаруживаются скопления В-клеток. Лимфоидные фолликулы полиморфны, содержат светлые центры с картиной «звездного неба». Межфолликулярные пространства расширены, в них обнаруживаются мелкие скопления эпителиодноклеточных гистиоцитов.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Назовите клетку- источник злокачественной трансформации.

4.Назовите возможные факторы, способствующие развитию данной патологии.

5.Объясните морфологическую картину «зведного неба».

**Ситуационная задача № 35**

У больной 35 лет с жалобами на тахикардию, боли в области сердца при обследовании выявлено патологическое увеличение щитовидной железы. Макроскопически удаленные узлы щитовидной железы эластичной консистенции, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. *При микроскопическом исследовании* фолликулы, выстланные цилиндрическим эпителием, имеется его пролиферация с образованием сосочков, ветвящихся внутри фолликулов неправильной, звёздчатой формы, которые содержат коллоид. В строме лимфодноклеточная инфильтрация с формированием лимфатических фолликулов с зародышевыми центрами.

1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Объясните механизм развития данной патологии.

4.Назовите осложнения и возможные причины смерти данного заболевания.

**Ситуационная задача № 36**

У женщины 50 лет с симптоматикой тиреотоксикоза, обнаружено опухолевидное образование щитовидной железы. Макроскопически узел неправильной округлой формы, с четкими границами, размерами 3 см, умеренной плотности, на разрезе пестрого вида, серо-желтого цвета, с кровоизлияниями, кистами и петрификатами.

*При микроскопическом исследовании* ткань щитовидной железы состоит из разного размера полостей, выстланных атипичным кубическим эпителием, образующим сосочковые разрастания. Эпителия гипохромный, «пустые» ядра, лишённые ядрышек, ядра с вдавлениями, видны эозинофильные внутриядерные включения инвагинированной цитоплазмы и псаммомные тельца в середине сосочков. Местами сосочки врастают в стенку полостей и капсулу опухоли.

1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Назовите морфологические разновидности данной опухоли щитовидной железы.

4.Прогноз заболевания.

**ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**ПО ЧАСТНОМУ КУРСУ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ**

**Ситуационная задача № 1**

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.

2. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением.

3. Хронический атрофический бронхит с плоскоклеточной метаплазией. Железистые полипы. Хронические заболевания бронхолегочной системы с выраженными рубцовыми изменениями.

4. Умерено-дифференцированная аденокарцинома (без ороговения) –представлена тяжами и ячейками атипичных полигональных клеток с округлыми крупными ядрами и хорошо выраженными ядрышками. В ячейках может сохраняться базальная ориентация клеток.

Низко- дифференцированная аденокарцинома представлена пластами округлых или овальных клеток, без тенденции к образованию слоистых структур.

5. Региональные лимфатические узлы.

**Ситуационная задача № 2**

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.

2. Умереннодифференцированная аденокарцинома.

3. Виды аденокарцином: ацинарная, тубулярная, железисто-солидная. Различаются по степени дифференцировки.

4.Пневмокониоз, характеризующийся прогрессирующим фиброзированием легочной ткани.

5. Пневмокониозы - хронические профес­сиональные заболевания легких, развивающиеся от вдыхания пыли и сопровождающиеся стойкой соединительно­тканной реакцией легочной ткани, узелкового или интерстициального типа.

**Ситуационная задача № 3**

1. Хондроматозная гамартома. Доброкачественное опухолеподобное образование.

2.Дисэмбриональное происхождение.

3.Липоматозная;

Лейомиоматозная;

Фиброматозная;

Ангиоматозная;

Органоидная гамартома (имеется сочетание различных тканей).

4. Гамартома состоит из тех же компонентов, что и [орган](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)), где она находится, но отличается неправильным их расположением и степенью [дифференцировки](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%84%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BA%D0%B0_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%BA). В тератоме, содержатся и чужеродные тканевые зачатки для данного органа.

5. Осложнения – обтурационный ателектаз, пневмония- в случае эндобронхиальной локализации.

**Ситуационная задача № 4**

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.

2. Бронхиолоальвеолярный рак.

3. Дифференциальный диагноз:

А) С бронхолегочной аденокарциномой, часто развивающейся на фоне рубцовых изменений, характеризующейся более выраженной стромой и полиморфизмом, наличием солидных участков.

Б) С метастазами в легкие аденокарциномы, общий признак с бронхиолоальвеолярным раком - множественные узлы. Необходимо иммуногистохимическое исследование, и исключить наличие первичной опухоли.

**Ситуационная задача № 5**

1.Аденокарцинома пищевода.

2.Хронический гастро-эзофагальный рефлюкс. Пищевод Барретта.

3.Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера, обусловленное психогенной природой, связанное с алкоголизмом и особенностями диеты, ахалазией или хиатальной грыжей, состояниями после операций на желудке и пищеводе.

4.Появление цилиндрического эпителия в абдоминальном сегменте пищевода - на месте его обычной выстилки, имеющей эпидермоидный характер.

**Ситуационная задача № 6**

1. Злокачественная эпителиальная опухоль желудка (аденокарцинома).

2. Метастазы рака в печень. Гематогенное распространение опухоли.

3. Первичная злокачественная опухоль – чаще имеет одиночный характер, как правило, характеризуется нечеткостью границ узла, инфильтративным ростом.

Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль - множественные узлы различных размеров, с четкими границами, неправильной округлой или овальной формы.

4. Очаговая пневмония.

**Ситуационная задача № 7**

1.Нефробластома. (Злокачественная опухоль Вильмса).

2.Мутация генов, участвующих в регуляции развития первичного нефрона,

-семейный онкологический анамнез (один и более родственников, которые перенесли такое же заболевание),

-возраст родителей,

-риск развития опухоли у детей, чьи отцы работают на химических предприятиях,

·наличие врожденных дефектов: аниридия, наличие крупного языка, гемигипертрофия, недоразвитие половых органов, чаще у мальчиков.

3.Морфологический критерий нефробластомы - недифференцированная опухолевая ткань или нефрогенные структуры, имеющие разную степень дифференцировки, причем эпителиальные и соединительнотканные элементы встречаются в различных сочетаниях.

.4.Мультикистозные, тубулярные и фиброаденоматозные формы опухоли –благоприятный прогноз, светлоклеточная саркома и рабдоидная формы опухоли - имеют склонность к отдаленному метастазированию, особенно, в головной мозг.

**Ситуационная задача № 8**

1.Прогрессирующий железистый эндоцервикоз.

2.Дисгормональный процесс с преобладанием андрогенов, при изменении гормонального фона возможна передифференцировка эпителия.

3.Цервикальная эктопия шейки матки. Псевдоэрозия шейки матки.

4. Особенности эндоцервикоза (псевдоэрозии).

-Гинекологическое заболевание после 25 лет

-Частота у 60 - 70% женщин

-Дефект слизистой оболочки отсутствует

-Повышенное слизеобразование

-Сопровождается воспалением

-Нуждается в лечении

-Относится к предраковому состоянию

**Ситуационная задача №9**

1.Эпидермизирующийся эндоцервикоз.

2.При заживлении в очагах цервикальной эктопии происходит замена однослойного эпителия на многослойный эпителий с образованием зоны трансформации.

3. Зона трансформации – область между первоначальной и вновь образованной границей между плоским и железистым эпителием.

4.Эпителий зоны трансформации – под цервикальным эпителием располагаются несколько слоев резервных клеток.

5.Основная функция резервных клеток – регенераторная. Резервные клеткидифференцируются в МПЭ и ЦЭ,при менструальном цикле – регенерируют,в климактерическом периоде – резервные клетки – источник метаплазии и гиперплазии.

**Ситуационная задача №10**

1.Дисплазия шейки матки.

2.Причины дисплазии.

-ВПЧ – вирус папилломы человека

-Изменение сексуальной культуры

-Раннее начало половой жизни (до 18 лет)

-Роды в очень молодом (до16 лет) возрасте

-Табакокурение

-Репродуктивные токсиканты

3.Фоновые заболевания для дисплазии.

-Эндоцервикоз

-Полип

-Эктопия

-Метаплазии плоского эпителия

4.Исходы дисплазии.

-Тяжелая дисплазия трансформируется в рак 40-60%

-Беременность и дисплазия очень неблагоприятное сочетание.

**Ситуационная задача №11**

1.Неинвазивный рак шейки матки.

2.Внутриэпителиальный рак. Cancerinsitu. Характеризуется сохранением базальной мембраны.

3.При III степени дисплазии остается слой нормальных клеток.

4.Самая частая локализация рака шейки матки -зона стыка эпителиев.

5. Факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации.

- возраст

- гормональный фон

- воспалительные изменения

**Ситуационная задача № 12**

1.Лейкоплакия шейки матки.

2. Причины лейкоплакии шейки матки.

- воспалительные процессы

- нарушения иммунного статуса

- гормональные нарушения

- травма (частые аборты)

3.Нарушение менструального цикла: олигоменорея, контактные кровотечения у 30%, повышение ФСГ, снижение уровней ЛГ/ФСГ и прогестерона.

4. Неполноценная фаза секреции.

**Ситуационная задача № 13**

1.Высокодифференцированная аденокарцинома цервикального канала шейки матки.

2.Злокачественная эпителиальная опухоль.

3. Фоновые процессы для развития рака шейки матки:

-Псевдоэрозии

-Лейкоплакия

-Полипы

-Папиломы

-Кондиломы

4. Достоверная причина рака шейки матки.

ВПЧ 16 и 18 типы, типы 31, 33,35 - возможные канцерогены.

5. Особенности развития рака шейки матки.

-не встречается у девственниц

-раннее начало половой жизни

-обилие и частая смена партнеров

-роды в очень молодом возрасте

-табакокурение

-применение барьерных и оральных контрацептивов

**Ситуационная задача № 14**

1.Простая железистая гиперплазия эндометрия.

2.Изменение гормонального фона: повышение уровня эстрогенов и уменьшение прогестерона.Предрасполагающие факторы: сахарный диабет, ожирение, болезни щитовидной железы, гипертония, миома матки, аборты и выскабливания матки, наследственность.

3.Тканевой атипизм.

4.Гиперэстрогенемия способствует разрастанию клеток эндометрия.

5.В большинстве случаев подвергается регрессу после выскабливания полости матки.

**Ситуационная задача № 15**

1.Атипическая железистая гиперплазия эндометрия.

2.Дисгормональное заболевание.

3.Тканевой и клеточный атипизм.

4.Период менопаузы - после 45 лет, связанный с физиологическим завершением менструального цикла и угасанием репродуктивной функции.

Падает уровень половых гормонов, и внутри матки создаются благоприятные условия для развития патологии под влиянием дефицита прогестерона.

5.При отсутствии лечения в 30% случаев атипическая железистая гиперплазия эндометрия переходит в аденокарциному.

**Ситуационная задача № 16**

1.Аденомиоз матки.

2.Опухолеподобный патологический процесс.

3.Внутриматочные вмешательства - диагностические выскабливания, аборты, ручное обследование полости матки после родов.

4.а) Метапластическая теория-под влиянием воспаления и гормональных нарушений эндотелий лимфатических сосудов и эпителий некоторых органов способен трансформироваться эндометриоподобную ткань.

б)Дизонтогенетическая теория –эндометриоидная ткань формируется из аномально расположенных остатков мюллерова протока.

в)Имплантационная теория –имплантаты эндометрия перемещаются по фаллопиевым трубам до брюшины во время менструации.

5.Часто сочетается с железистой гиперплазией эндометрия.

**Ситуационная задача № 17**

1.Диффузная мастопатия.

2. Распространенные формы фиброзно-кистозной мастопатии:

-простые фиброзно-кистозные заболевания,

-эпителиальная гиперплазия,

-склерозирующий аденоз.

3. Пролиферирующая протоковая и дольковая эпителиальная гиперплазия.

4.Разрастание соединительной ткани в виде белесоватых тяжей с кистами, внутри которых находится прозрачная жидкость.

5. Возможна малигнизация. Пролиферирующая эпителиальная гиперплазияотносится к облигатному предраку.

**Ситуационная задача № 18**

1.Доброкачественная опухоль молочной железы.

2.Филлоидная опухоль.

3.Провоцирующие факторы: беременность, аборты, лактация, фиброзно-кистозная мастопатия, а также экстрагенитальные эндокринопатии и нарушения обмена – сахарный диабет, опухоли надпочечников, гипофиза и щитовидной железы, ожирение.

4.Пики выявления -гормонально активные переходные периоды жизни женщин: 11-20 лет и, наиболее часто, - 40 – 50 лет.

5.Характерен внезапный, быстрый рост, возможны множественные узлы в обеих молочных железах. После удаления нередко рецидивирует. Имеет высокий потенциал озлокачествления, малигнизации подвергается стромальный компонент - в 10% случаев переходит в саркому.

**Ситуационная задача № 19**

1.Доброкачественная эпителиальная опухоль яичника.

2.Серозная цистаденома.

3.Цилиоэпителиальная кистома.

4.Опухоли поверхностного эпителия и стромы.

5.Из целома развиваются чаще злокачественные опухоли.

6.Серозная цистаденокарцинома.

**Ситуационная задача № 20**

1.Незрелая тератома

2.Относиться к типу злокачественных герминогенных опухолей.

3.Развивается из зародышевых листков.

4.Растет быстро и нередко дает метастазы.

5.Дермоидная киста представлена однокамерной кистой с фиброзной стенкой содержит сальный материал и волосы, хрящевую ткань, с участками обызвествления, иногда зубы. Относится к зрелым тератомам.

**Ситуационная задача № 21**

1.Серозная цистаденокарцинома.

2.Злокачественная эпителиальная опухоль яичника.

3. Особенности опухолей яичников:

-обладают мультицентрическим ростом,

-характеризуются диссеминацией по брюшине,

-в яичниках рак min размеров (макроскопически яичники не изменены), а

диссеминация по брюшине обширная.

4.У 80% больных заболевание диагностируется на поздних стадиях, в следствии:

-малосимптомности,

-отсутствия способов ранней диагностики,

-невозможности повторных биопсий,

-градация опухоли по злокачественности очень условна.

**Ситуационная задача № 22**

1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия.

2. Низкодифференцированная аденокарцинома.

3. Гормонозависимый рак и автономный (негормонозависимый).

4.Выраженная депрессия Т-системы иммунитета на фоне нарушений адаптационного гомеостаза и гиперкортицизма.

5.Развивается в более старшем возра­сте, без предшеству­ющих гиперпластических процессов, на фоне атрофии эндометрия, в отсутствие гиперэстрогении и обменно-эндокринных нарушений.

Опухоль имеет низкую дифференцировку, низкую чувствительность к гормонотерапии, раннию инвазию в миометрий и метастазирование.

**Ситуационная задача № 23**

1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия.

2. Высокодифференцированная аденокарцинома.

3.Фак­торы риска гормонозависимого рака тела матки: беспло­дие, отсутствие родов в анамнезе, поздняя менопауза, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, наследственная отягощенность по раку с эндокринно-метаболическим патогенезом, гормонопродуцирующие опухоли яичника.

4.Длительная гиперэстрогения.

5.Предшествует последо­вательное возникновение гиперпластических и предраковых про­цессов эндометрия. Высокодифференцированный рак.

**Ситуационная задача № 24**

1.Злокачественная опухоль яичника герминогенного происхождения.

2.Дисгерминома.

3.Течение менее агрессивное, по сравнению с опухолями этой группы,

метастазы дает поздно.

4.Парааортальные лимфатические узлы и лимфатические узлы сальника, для

исключения лимфогенных метастазов.

5.С доброкачественной опухолью – гонадобластомой.

**Ситуационная задача № 25**

1.Злокачественная опухоль яичка.

2.Семинома.

3.Дисгерминогенная опухоль. Источник развития - мономорфные зародышевые эпителиоциты.

4.а) Крипторхизм. У четверти всех пациентов с семиномой наблюдается данная аномалия.

б) Нарушения гормонального фона, ведущие к атрофии яичка.

в) В возрасте до десяти лет – из-за большой выработки гормонов андрогенов.

5.Имеет высокий потенциал к инвазии в придатки яичка и другие ткани мошонки. Опухоль интенсивно метастазирует лимфогенным и гематогенным путями.

**Ситуационная задача № 26**

1. Злокачественная опухоль яичка. Метастазы в легкие.

2. Хориоэпителиома**.**

3.Дисгерминогенная опухоль. Возникает она в тератобластоме из недифференцированных элементов, которые принимают черты трофобласта и синцитиотрофобласта.

4.Достоверный гистологический признак хориокарциномы это сочетание синцитиотрофобласта (встречается при семиномах, эмбриональном раке, тератоме) с цитотрофобластом.

5.Метастазирует хорионэпителиома яичка в забрюшинные лимфатические узлы, легкие, печень.

**Ситуационная задача № 27**

1.Светлоклеточная аденокарцинома шейки матки.

2.Злокачественная эпителиальная опухоль.

3.Трансплацентарный эстрогенный канцерогенез. Тератогенный эффект эстрогенов при лечении в сроки до 8 нед беременности, в период эмбриональной закладки нижнего отдела женских половых органов.

4.Поздняя диагностика связана с недостаточным обследованием и постановкой нередко, ошибочного диагноза «Ювенильное кровотечение».

5.Прогноз зависит от стадии опухолевого процесса. При неэффективности лечения обычно находят рецидивы в малом тазу и легочные метастазы.

**Ситуационная задача № 28**

1.Гестационная трофобластическая болезнь.

2 Хорионэпителиома.

3.Недостаточность цитолитического фермента - синцитиолизина, который в нормальных условиях способствует растворению циркулирующих в крови беременной элементов хориона. Возникает чаще после пузырного заноса, реже -после аборта или родов, имеют значение гормональные сдвиги.

4.Длительные кровопотери, интоксикация при хорионэпителиоме ведут к

анемизации и угнетению гемопоэза.

5. Ранние гематогенные метастазы в различные органы: легкие, печень, почки, головной мозг, селезенку, а также влагалище. Разнообразная и ранняя клиника метастазов.

**Ситуационная задача № 29**

1.Саркома Капоши. Злокачественная опухоль сосудистого происхождения.

2. Этиопатогенетические факторы в развитии данной патологии:

-герпесвирус человека типа 8, вызывающий иммуносупрессивный и онкогенный эффект,

-ЦМВ, его тропность к эндотелиальным клеткам и онкогенный потенциал,

-Т-лимфотропный вирус (HTLV- III),

-эндогенная секреция специфического фактора роста опухолей (TGF).

3.Морфологические варианты саркомы Капоши:

-ангиоматозный,

-фибробластический

-смешанный.

4.Выделяют четыре типа саркомы Капоши:

-классический,

-эндемический (в некоторых странах Африки),

-иммуносупрессивный,

-эпидемический (при СПИДе).

**Ситуационная задача № 30**

1.Внутридермальный невус.

2-Пигментный невус.

-Пограничный (юнкциональный) невус

-Внутридермальный невус

-Дермоэпидермальный (сложный) невус

-Галоневус (невус Сеттона)

-Гигантский пигментный невус

-Эпителиоидный, или веретёноклеточный невус

-Голубой невус (синий невус Ядассона, монгольское пятно)

-Клеточный голубой невус

3.Отличия невусных клеток от меланоцитов:

-отсутствие отростков,

-способность группироваться в "гнезда,

-способность накапливать пигмент в цитоплазме,

-обладают тенденцией к миграции из базального слоя эпидермиса в дерму.

4.Трихоэпителиома, базалиома, гиперплазии сальных желез, нейрофиброма, доброкачественные меланоцитарные новообразования.

**Ситуационная задача № 31**

1.Ороговевающий плоскоклеточный рак.

2.Предраковые заболевания: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра. Хронические воспалительные процессы: ожоги, лучевой дерматит; хроническая пиодермия; хроническая язва; дискоидная красная волчанка. Рубцовый процесс.

3.Наиболее частая локализация плоскоклеточного рака: лицо, нижняя губа, спинка носа, скуловая дуга, ушные раковины, открытые части тела.

4.Различные хронические воспалительные процессы (туберкулез, сифилис, глубокий микоз). Злокачественная меланома. Саркома кожи. Доброкачественные опухоли кожи (папилломы, фибромы).

5.Неороговевающий плоскоклеточный рак.

**Ситуационная задача № 32**

1.Базалиома.

2.Опухоль с местнодеструирующим ростом, обладает выраженным инфильтрирующим ростом, часто рецидивирует, но, как правило, не даёт метастазов.

3.Длительное пребывание на солнце, воздействие высоких температур и ионизирующего излучения, воздействие канцерогенных веществ, пожилой возраст, пониженный иммунитет.

4.Чаще всего поражаются носогубные складки, крылья носа, верхняя губа, внутренние и наружные уголки глаз, виски.

5.Прогноз благоприятный. В случае запущенных язвенных форм возможно прорастание базалиомой костей черепа, что значительно ухудшает прогноз.

**Ситуационная задача № 33**

1.Меланома.

2.Предрасполагающие факторы для развития данной патологии:

-наличие невуса (особенно диспластического);

 -наследственная предрасположенность;

 -ультрафиолетовое облучение;

 -воздействие канцерогенов.

3.-Радиальный рост -распространение опухолевых клеток в эпидермисе и поверхностных слоях дермы.

-Вертикальный рост -атипичные меланоциты врастают в глубокие слои дермы и обладают метастатическим потенциалом.

4.Основные типы данной опухоли:

-злокачественное лентиго,

-акральная лентигиозная меланома,

-меланома с поверхностным (радиальным) распространением,

-нодулярная меланома (с вертикальным ростом).

**Ситуационная задача №34**

1.Лимфома Беркитта.

2.Злокачественная опухоль регионарных лимфатических узлов.

3.Неопластическая трансформация В-лимфоцитов.

4.Инфицирование вирусом Эпштейн-Барра, связанное с генетическим дефектом иммунорегуляции. Ионизирующая радиация, химические канцерогены, неблагоприятные условия окружающей среды.

5.Высокая пролиферативная активность и выраженная гибель клеток, приводит к образованию большого количества апоптотических ядер и ядерных фрагментов, которые поглощаются макрофагами, создавая картину «звездного неба».

**Ситуационная задача № 35**

1. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса, Базедова).

2. Это органоспецифическое аутоиммунное заболевание.

3.Первичный дефицит и дефект CD8+ T-лимфоцитов, способствующих образованию тиреостимулирующих иммуноглобулинов класса IgG. IgG. Связываются с рецепторами тиреоцитов, что приводит к увеличению выработки Т3 и Т4, диффузной пролиферации клеток фолликулов железы с развитием гипертиреоза.

4. Сердечно-сосудистая или острая надпочечниковая недостаточность (особенно после оперативного удаления части железы), присоединение вторичной инфекции, кахексия.

**Ситуационная задача № 36**

1.Злокачественная опухоль щитовидной железы.

2.Папиллярный рак.

3. Морфологические разновидности папиллярного рака щитовидной железы:

- Инкапсулированный — метастазы редки, прогноз хороший.

- Фолликулярный с выраженным инфильтративным ростом.

- Рак из высоких призматических эозинофильных клеток, (клетки Гюртля).

Характерно быстрое лимфо- и гематогенное метастазирование.

4. Метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи бывают редко, в единичных случаях выявляют гематогенные метастазы в лёгкие.

**Образец зачетного билета**

(При проведении промежуточной аттестации в форме зачета для ординаторов 1 года обучения)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Патологическая анатомия

направление подготовки (специальность) Патологическая анатомия

дисциплина Онкоморфология

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1.Этиология и патогенез опухолей пищеварительной системы.

2.Предраковые состояния и заболевания гортани.

3.Доброкачественные опухоли легких.

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Макропрепарат рак молочной железы.

Микропрепарат № 4.

Ситуационная задача № 10.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор В.С. Полякова (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Микроскоп, микропрепарат.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 [готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу](https://control.orgma.ru/(S(50rfsp0eeazuv4tgxsiofvu0))/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=236377e0-5358-484b-bc86-aca82255569f&basicplanid=9017fee1-f508-45ef-934f-a46d0c57e7ee) | Знать методы морфологических исследований; латинскую, греческую и эпонимическую терминологию; классификации, номенклатуру анатомических названий; правила техники безопасности и работы в морфологической лаборатории с реактивами, приборами и животными; | вопросы № 1-46 |
| Уметь пользоваться научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; работать с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами); описать морфологические изменения изучаемых микро- и макроскопических препаратов в органах и тканях; анализировать информацию, полученную с помощью методов светооптической и электронной микроскопии; | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| Владеть медико-анатомическим понятийным аппаратом; навыками описания общепатологических морфологических изменений изучаемых макропрепаратов, микропрепаратов и электронограмм; навыками оценки характера опухолевого процесса и его клинических проявлений на основании макро- и микроскопических изменений в органах и тканях; простейшими медицинскими инструментами. | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов. Решение ситуационных задач. |
| 2 | ПК-3 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Знать современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков; методы изучения и оценки состояния здоровья населения; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь анализировать медицинскую информацию о показателях здоровья взрослых и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций; составлять план, проводить сбор, обработку и анализ информации о состоянии здоровья населения, анализировать данные медицинских профилактических осмотров; уметь осуществлять организацию и проведение сбора информации о санитарно-гигиеническом состоянии населения; проводить расчеты основных показателей медико-статистического анализа оценки деятельности | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
| Владеть методикой сбора и анализа информации о состоянии здоровья взрослого и детского населения, условий жизни, обучения и воспитания; медико-статистическим анализом информации о показателях здоровья населения на уровне различных подразделений медицинских организаций | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 3 | 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](https://control.orgma.ru/(S(50rfsp0eeazuv4tgxsiofvu0))/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=914e4f65-a4fe-4e9e-b024-4d8f05862633&basicplanid=9017fee1-f508-45ef-934f-a46d0c57e7ee) | Знать Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ-10); принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти; нормативную документацию, принятую в здравоохранении - законы Российской Федерации; технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц. | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь анализировать информацию, полученную с помощью морфологических методов; обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления; определить причину смерти и сформулировать патологоанатомический диагноз; заполнять медицинское свидетельство о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти; | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
| Владеть навыками построения патологоанатомического диагноза, клинико-анатомические сопоставления (патологоанатомическая экспертиза), оформления и выдачи медицинского свидетельства о смерти. | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 4 | ПК-5 готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов | Знать Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ-10); нормативную документацию, принятую в здравоохранении - законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц; правила вскрытия умерших от карантинных и особоопасных инфекций с уче¬том особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, дезинфекцион¬ных средств, забора материала; особенности фиксации, сохранения кусочков и направления биопсийно-операционного материала на патогистологическое исследование; методики изготовления и окраски микропрепаратов гематоксилином и эозином, по методу Ван-Гизон, гистохимическое выявление амилоида (конго-рот) и слизи (ШИК-реакция); методику изготовления замороженных срезов и их окраски при цито-биопсии; сроки изготовления препаратов и выдачи патогистологических заключений при плановом и срочном гистологическом исследовании; сроки хранения гистологических препаратов больных разного профиля и правила их консультаций; теоретические основы иммуногистохимии и основных ее методов; основные принципы иммуногистохимической диагностики и классификации опухолей; специальные методы диагностики у секционного стола; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
|  |  | Уметь выбрать и вырезать нужные для гистологичесого исследования участки органов и тканей. Произвести забор секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических (цитогенетических), вирусологических, биохимических и других видов исследований. Выбрать оптимальные методы фиксации, обработки, окраски материала, определить необходимое для диагностики число гистологических препаратов; отобрать участки гистологического препарата для микрофотографирования, анализировать информацию, определить причину смерти и сформулировать патологоанатомический диагноз. оформить клинико-патологоанатомический эпикриз; исследовать гистологические препараты (секционный, операционный и биопсийный материал); | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
|  |  | Владеть навыками проведения патологоанатомических вскрытий взрослых путем эвисцерации, вскрытий трупов плодов и новорожденных, после хирургических вмешательств, интенсивной терапии и реанимации, с инфекционной патологией, построения патологоанатомического диагноза, клинико-анатомические сопоставления (патологоанатомическая экспертиза), проведения прижизненных морфологических методов исследования (биопсии), организации патологоанатомической службы; морфологической характеристикой основных общепатологических процессов; гистологической номенклатурой и классификацией болезней; медико-анатомическим понятийным аппаратом; современными методами морфологического исследования; навыками выявления основных структурных нарушений в организме, в том числе происходящих при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды; | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 5 | ПК-6 готовность к формированию у населения мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Знать причины и условия возникновения заболеваний с целью их ранней диагностики и предупреждения их развития; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь проводить лекции и беседы для целевых групп высокого риска по возникновению инфекций, передающихся преимущественно половым путём, о вреде наркомании алкоголизма. | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
|  |  | Владеть методами организации санитарно-просветительной работы с учениками, студентами и пациентами направленными на сохранение и укрепление здоровья | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 6 | ПК-7 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Знать правовые вопросы в деятельности врача патологоанатома, нормативно-правовую базу работы с биологическим материалом и натуральными препаратами; правила техники безопасности и работы в прозектуре, гистологической лаборатории с реактивами и приборами; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь планировать профессиональную деятельность, руководить деятельностью медицинского персонала, | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
| Владеть принципами и навыками профессионального взаимодействия в составе учреждений, способами оценки эффективности лечения; кодексом профессиональной этики патологоанатома. | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
|  |  |  |  |