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**

СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС

по направлению подготовки (специальности)

*31.08.07 патологическая анатомия*

*1 курс*

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-1 [готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания](https://control.orgma.ru/%28S%28cy5rbvujmrnx5mi2c4vgfqc3%29%29/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=d88334ec-d599-4623-8f04-c4359b5e64ff&basicplanid=ac1ea29e-6af1-40a2-8e12-f0f93235deaa).

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

Внеаудиторная работа. (реферат, доклад).

1. Искусственная вентиляция легких.
2. Непрямой массаж сердца.
3. Закрытый массаж сердца.
4. Интубация трахеи: показания, противопоказания, техника.
5. Механическая дефибриляция.
6. Электрическая дефибриляция.
7. Восстановление проходимости дыхательных путей.
8. Анафилактический шок, как разновидность сосудистого шока.
9. Кессонная болезнь.
10. Респираторный дистресс-синдром взрослых и детей, патогенез, морфогенез, исходы.
11. Алгоритм действий при потере сознания.
12. Циркуляторные повреждения печени системного проис­хождения. Острая циркуляторная недостаточность и шок.
13. Острая почечная недостаточность.
14. Синдром внезапной смерти ребенка.
15. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: определение, причины, механизмы развития, стадии, морфологическая характеристика.
16. Правила вырезки операционно-биопсийного материала.
17. Патологоанатомическое заключение.
18. Этапы сердечно-легочной реанимации.
19. Трехфазная временная модель внезапной сердечной смерти (повреждения грудной клетки, механизм, классификация, виды пневмотораксов).
20. Первая врачебная помощь при утоплении.
21. Первая врачебная помощь при коллапсе.
22. Травматический шок.
23. Геморрагический шок.
24. Анафилактический шок.
25. Септический шок – этиология, патогенез, принципы интенсивной терапии.
26. Острая дыхательная недостаточность – определение, этиология, патогенез, классификация, критерии тяжести.
27. Астматический статус – клиника, диагностика, интенсивная терапия.
28. Шок – определение, классификация, патогенез, критерии тяжести. Принципы противошоковой терапии.

Ситуационные задачи.

**Ситуационная задача №1**

 У мужчины 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отёки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, значительное расширение границ сердца, выбухание в области передней стенке левого желудочка и верхушки сердца. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступили потеря сознания и смерть. *При вскрытии:* в левом полушарии головного мозга, в области подкорковых ядер виден патологический очаг размягчения неправильной формы, представленный кашицеобразными массами серого цвета. Сердце массой 360 гр., эпикард тонкий блестящий, полости левого и правого желудочков расширены, с толщиной миокарда левого желудочка до 1 см. В передней и нисходящей ветвях левой коронарной артерии фиброзные бляшки стенозирующие просвет. Область передней стенке левого желудочка и верхушки сердца представлена плотной рубцовой тканью толщиной 0,3 см с выраженным мешковидным выпячиванием и тромботические массами в полости. Почки и печень увеличены с выраженным венозным застоем. *Микроскопически* в ткани головного мозга очаг некроза, с перицеллюлярным и периваскулярным отеком по периферии, диапедезными кровоизлияниями. В миокарде крупное поле, представленное зрелой волокнистой соединительной тканью, наличие организованных и свежих тромботических масс.

1. Назовите основное заболевание, его форму.

2. Назовите осложнение основного заболевания.

3. Определите вероятную причину осложнения.

4. Назовите заболевание, патогенетически связанное с основной патологией.

5. Назовите причину смерти.

 **Ситуационная задача №2**

 Мужчина 35 лет заболел остро. Появились тупые ноющие боли в области сердца, умеренные отеки ног. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности.

*При вскрытии:* В легких венозный застой, с поверхности разреза стекает пенистая жидкость. Сердце массой 360,0 гр., стенки левого желудочка дряблые, полость расширена. По краю створок митрального клапана видны мелкие гранулярные наложения в виде «бородавок», величиной 0,5см, темно-коричневого цвета. На поверхности эпикарда нежные шероховатые наложения в виде нитей серого цвета.

*Микроскопически* в створках митрального клапана деструкция эндотелия, с наложением тромботических масс. В миокарде интерстиций отечный, полнокровный, инфильтрирован лимфоцитами с примесью эозинофилов, с очагами фибриноидного некроза, вокруг которого палисадообразно расположенны крупные макрофаги с резко базофильными ядрами. В строме диффузное разрастание соединительной ткани, преимущественно вокруг склерозированных сосудов. Эпикард отечен, с гиперемией сосудов, наложениями фибрина. В просветах всех альвеол эозинофильное содержимое с примесью макрофагов и слущенного эпителия.

1. Назовите основное заболевание, его форму.

2. Назовите осложнение основного заболевания.

3. Объясните механизм развития осложнения.

4. Назовите преобладающий вид продуктивного воспаления в миокарде.

5. Непосредственную причину смерти.

**Ситуационная задача №3**

 Труп мужчины 55 лет. Смерть наступила дома, ночью, в постели. В больницу за медицинской помощью обращался около трех лет назад по поводу острого бронхита.

*При вскрытии* в интиме аорты умеренное количество пятен и бляшек желтоватого и белесоватого цветов. Сердце массой 365 гр., с толщиной миокарда левого желудочка 1,5 см., правого - 0,4 см. Эндокард гладкий, белесоватый, блестящий. Венечные артерии с выраженным склерозом, в огибающей ветви левой коронарной артерии бляшка с кровоизлиянием и тромботическими массами в просвете. В задней стенке левого желудочка и заднем отделе межжелудочковой перегородки определяется очаг неравномерного кровенаполнения. В легких перибронхиальное разрастание соединительной ткани, в паренхиме умеренный склероз, стенки бронхов утолщены, в просвете слизисто-гнойное содержимое. *Микроскопическое исследование:* в миокарде фрагментация мышечных волокон, в левой коронарной артерии атеросклеротическая бляшка с обтурирующим тромбом. В слизистой оболочке бронхов гиперплазия желез и бокаловидных клеток, в стенке бронхов и паренхиме легких склероз.

1. Назовите основное заболевание, его форму.

2. Назовите непосредственную причину его развития.

3. На фоне, какого заболевания развилась данная патология.

4. Назовите непосредственную причину смерти.

5. Назовите сопутствующее заболевание.

**Ситуационная задача №4**

 Труп женщины 58 лет из кардиологического отделения.

*При вскрытии* головной мозг отечный, массой 1250 гр., миндалины мозжечка неравномерно увеличены. В аорте небольшое количество атеросклеротических пятен и бляшек. Сердце массой 420,0 гр., толщина миокарда левого желудочка 1,6 см., правого -0,5 см. Венечные артерии с выраженным склерозом, в передней нисходящей ветви коронарной артерии фиброзная бляшка, стенозирующая просвет. Миокард в области верхушки сердца, передней стенки левого желудочка и частично межжелудочковой перегородки желтовато-белого цвета, дряблой консистенции, с кровоизлияниями по периферии. В других отделах сердечной мышцы очаговые прослойки белесоватой ткани. Почки незначительно уменьшены в размерах, поверхность их крупнобугристая, с клиновидными участками субкапсулярной атрофии паренхимы. Консистенция плотная, на разрезе почечный рисунок относительно сохранен.

*При микроскопическом исследовании:* в миокарде зона некроза мышечных клеток, по периферии расширенные полнокровные тонкостенные сосуды, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами. В почках гиалиноз клубочков, умеренная атрофия канальцев с замещением фиброзной тканью, отдельные нефроны гипертрофированы, в ветвях почечной артерии умеренно выраженный склероз.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите вероятную причину развития заболевания.

3.На фоне, какого длительно текущего заболевания, развилась данная патология.

4.Назовите морфологический субстрат поражения почек.

5.Объясните, что означает «первично сморщенная почка».

**Ситуационная задача №5**

 Труп мужчины 62 лет. Из истории болезни известно, что находился в стационаре по поводу сердечной недостаточности, умер ночью, «внезапно».

При вскрытии отеки ног, акроцианоз, венозное застойное полнокровие мягкой мозговой оболочки. Легкие увеличены в размерах, бурого цвета, плотной консистенции, на разрезе видны прослойки белесоватой ткани. Сердце массой 349 гр., эпикард тонкий блестящий, полости левого и правого желудочков дилатированы, выполнены рыхлыми красными посмертными свертками крови, толщина миокарда левого желудочков 0,9 см., правого 0,3 см. Передне-боковая стенка левого желудочка представлена плотной рубцовой тканью толщиной 0,3 см. с выраженным мешковидным выпячиванием. Почки и печень с выраженным венозным застоем.

*Микроскопически:* в миокарде разрастание соединительной ткани с гипертрофией кардиомиоцитов по периферии, мышечные волокна атрофированные с отложением липофусцина. В легочной ткани -альвеолах, в просвете бронхов, в альвеолярных перегородках и перибронхиальной соединительной ткани клетки нагруженные гемосидерином. Вокруг бронхов и сосудов и в альвеолярных перегородках разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание, форму.

2.Назовите патологические процессы в легких, причину их развития.

3.Объясните механизм развития патологических изменений в легких.

4.Назовите причину смерти больного.

**Ситуационная задача №6**

 Труп женщины 78 лет. Из истории болезни: подобрали на улице без сознания. Правая сторона тела парализована. Пробыла в стационаре 4 суток, не приходя в сознание скончалась.

*При вскрытии:* сердце массой 339 гр., толщина миокарда левого желудочка 1,6 см., правого 0,4 см., полости желудочков обычные Артерии основания головного мозга с выраженным атеросклерозом, наличием желтых пятен, фиброзных бляшек и бляшек на стадии атероматоза и изъязвления. В бассейне левой средней мозговой артерии в области подкорковых центров очаг кровоизлияния размерами 5см\*6см\*4 см с разрушением вещества мозга. Почки обе массой 322 гр., обычной формы с венозным полнокровием.

*Микроскопически.* В головном мозге очаг кровоизлияния без организации, периваскулярный и перицеллюлярный отек, гиалиноз артериол. В почках гиалиноз отдельных клубочков, умеренный нефросклероз.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите наиболее вероятную причину развития заболевания.

3.На фоне какого длительно текущего заболевания оно возникло.

4.Назовите причину смерти больного.

5.Дайте определение инсульту.

**Ситуационная задача №7**

 Труп женщины 67 лет. Из истории болезни: привезли из дома без сознания с параличом левой половины тела, через 3 суток стала отвечать на вопросы, но паралич сохранился. Пробыла в стационаре неделю. За двое суток до смерти появилась одышка, фебрильная температура.

*При вскрытии:* сердце массой 298 гр., толщина миокарда левого желудочка 1,3 см., правого 0,3 см., полости сердца обычные. Аорта с большим количеством атеросклеротических пятен и бляшек. В артериях основания головного мозга прогрессирующий атеросклероз. Мозг массой 1243 гр., в правой теменной области в коре и подкорковой области очаг размягчения белого цвета неправильной формы, по периферии пропитанный кровью. В нижних долях обеих легких очаги уплотнения красного цвета. Почки обе 300 гр., с грубыми рубцовыми втяжениями, уменьшены в размерах, поверхность их крупнобугристая, консистенция плотная.

*Микроскопически* в головном мозге очаг повреждения представлен некротической тканью, на границе со здоровой тканью, петехиальные кровоизлияния, интра- и перицеллюлярный отек. В очагах уплотнения легких полнокровие, в просвете альвеол экссудат преимущественно с нейтрофильной инфильтрацией. В почках гиалиноз отдельных клубочков, умеренная атрофия канальцевого аппарата, в строме разрастание соединительной ткани, склероз артерий.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите патогенетический вариант основного заболевания.

3.Назовите осложнение основного заболевания.

4.Объясните механизм развития осложнения.

5.Назовите сопутствующие заболевания.

**Ситуационная задача №8**

 Труп мужчины на вид около 60 лет с выраженным диффузным акроцианозом, отеками ног. Мягкая мозговая оболочка с венозным застойным полнокровием. Сердце массой 310 гр., толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого 0,6 см. Полости правого предсердия и желудочка расширены, переполнены красными посмертными свертками крови. Плевральные полости облитерированы. В легких стенки бронхи резко утолщены, не спадаются и выступают над поверхностью разреза в виде «гусиных перьев», в просвете слизисто-гнойное содержимое, перибронхиальное, периваскулярное разрастание соединительной ткани. Верхушки легких повышенной воздушности, в базальных отделах - тонкостенные пузыри. Печень увеличена, плотная, пестрого вида- на коричнево-желтоватом фоне красные вкрапления. В селезенке и почках венозное полнокровие. *Микроскопически:* в просвете бронха лейкоциты, слизь, фибрин, эпителий местами слущен, местами с признаками плоскоклеточной метаплазии, *в* подслизистом слое - склероз, диффузный лимфо-макрофагальный инфильтрат с примесью нейтрофилов, слизистые железы гиперплазированы. Просветы респираторных бронхиол и альвеол расширены, альвеолярные перегородки выпрямлены, истончены, местами разрушены образующие полости. Стенки сосудов утолщены, склерозированы. Мышечные волокна правого сердца с гипертрофией кардиомиоцитов, склерозом стромы. В печени венозное полнокровие, жировая дистрофия гепатоцитов, кровоизлияния в центре печеночных долек.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Объясните механизм развития осложнений.

4 Клинико-морфологические проявления правожелудочковой недостаточности.

5.Назовите причину смерти больного.

**Ситуационная задача №9**

 Труп мужчины 32 года. Из истории болезни известно, что злоупотребляет алкоголем, заболел остро, поднялась температура до 39° С, в стационар поступил на 3 день заболевания. На 9 день пребывания в стационаре у него появилась обильная мокрота с запахом. Смерть от острой сердечной недостаточности.

*При вскрытие*: головной мозг массой 1227 гр., сердце массой 310 гр., дряблой консистенции, тусклого вида с расширенными полостями, толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого - 0,3 см. Обе верхние доли легких уплотнены до печеночной консистенции, серовато-красные. В центрах обеих долей формирующиеся вследствие распада тканей полости, содержащие жид­кий коричневого цвета зловонный гной.

*Микроскопически*: в просвете альвеол легких большое количество распадающихся нейтрофилов, эритроцитов, фибрин; ткань из центральных долей некротизирована, распадающаяся. В сердце фрагментация миокардиоцитов, отек стромы, нарушение в сосудах микроциркуляции.

1.Назовите основное заболевание, его стадию.

2.Назовите возникшее легочное осложнение.

3.Перечислите возможные причины и механизм развития осложнения.

4.Чем объясняется развитие патологических изменений в сердце.

5.Назовите возможные причины смерти при прогрессировании заболевания.

**Ситуационная задача № 10**

 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 № 11**

 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 № 12**

 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 № 13**

 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 №14**

 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 №15**

 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 №16**

 Мужчина 35 лет с жалобами на чувство тяжести и полноты в эпигастральной области, тошноту, позывы к рвоте, схваткообразные боли в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами, видны множественные мелкие дефекты слизистой оболочки черного цвета. Произведена фиброгастроскопия со взятием слизистой оболочки желудка*. Микроскопически:* слизистая оболочка покрыта слизистым экссудатом с примесью нейтрофилов и слущенного покровного эпителия, имеются участки некроза не захватывающие мышечную пластинку слизистой оболочки. В подслизистом слое -отёк, полнокровие сосудов, диапедезные кровоизлияния и значительная нейтрофильная инфильтрация.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Перечислите экзогенные причины данной патологии.

3.Назовите отличительный признак эрозии от острой язвы.

4.Чем обусловлен черный цвет дефектов слизистой оболочки.

5.Перечислите все морфологические формы данной патологии.

**Ситуационная задача №17**

 Мужчина 35 лет с сильными болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей связывает с употреблением на закуску горькой редьки.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее покрыта в отдельных местах слизистыми массами, в других пленкой желто-коричневого цвета, имеются множественные очаги черного цвета, различных размеров. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* в одних биоптатах повышенное слизеобразование, десквамация поверхностного эпителия, острые эрозии, в других биоптатах секреторная активность желез подавлена, некротические изменения с фибрином вовлекают в процесс мышечную пластинку слизистой оболочки, выраженная инфильтрация нейтрофилами и диапедезные кровоизлияния.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите тканевую реакцию, лежащую в основе его развития.

3.Назовите виды данного воспаления.

4.Перечислите причины развития.

5.Назовите возможное осложнение.

 **Ситуационная задача №18**

 Мужчина 35 лет с болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает, периодически боли то усиливаются, то ослабевают.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка сглажена, кое-где видны мелкие дефекты - острые эрозии. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* слизистая оболочка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани. Сохранившиеся железы располагаются отдельными группами, протоки желез расширены, отдельные виды клеток в железах плохо дифференцированы. Среди эпителиальных клеток желез большое количество бокаловидных клеток и каемчатых эпителиоцитов, наличие клеток Панета. Собственный слой слизистой оболочки инфильтрирован лимфоцитами, плазматическими клетками, с примесью нейтрофилов.

1. Назовите заболевание и его форму.

2. Назовите основные процессы морфогенеза патологии.

3. К какому патологическому процессу относится данная патология.

4. Перечислите виды метаплазии.

5. Определите клиническую значимость метаплазии слизистой желудка.

**Ситуационная задача №19**

Мужчина 45 лет с сильными болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В препилорическом отделе кратерообразный дефект неправильной формы, размером 1см, с окрашенным в черно-бурый цвет дном. Произведена эндобиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически:* фокус некроза захватывает слизистую оболочку и подслизистую основу желудка, формируя дефект клиновидной формы с выраженным фибринозно-лейкоцитарным инфильтратом, кровоизлияниями. В окружающей слизистой оболочке уменьшение количества желез, эпителиальные клетки напоминают колоноциты, много бокаловидных клеток, в собственной пластинке разрастание соединительной ткани, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и единичными нейтрофилами.

1.Назовите основное заболевание, стадию.

2.Объясните роль Helicobacter в развитии данной патологии.

3.Назовите местные факторы патогенеза в развитии пилородуоденальных язв.

4.Перечислите морфологические отличия симптоматической язвы от пептической язвы.

5.Назовите сопутствующие заболевания желудка.

**Ситуационная задача №20**

Мужчина 45 лет с острыми болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая сглажена, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В антральном отделе дефект неправильно овальной формы, в поперечнике 3 см., с окрашенным в черный цвет гладким дном, края валикообразно приподняты, плотные, со стороны пищевода нависающие над дефектом, и пологие со стороны пилорического отдела. Произведена эндогастробиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически* в дне дефекта фибринозно-гнойный экссудат, с обширной зоной фибриноидного некроза, в подлежащей ткани и в стенке рубцовая ткань. Вокруг дефекта в стенке желудка слизистая оболочка желудка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание, фазу патологического процесса.

2.Назовите морфологический субстрат данной болезни.

3.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

4.Для какого заболевания данная патология может являться фоновым.

5.Какая локализация патологического процесса неблагоприятна в отношении малигнизации.

 **Ситуационная задача №21**

 У мужчина 48 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, боли перестали носить сезонный характер, стали постоянными, упорными, отдающими в спину и принимающие часто опоясывающий характер. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ. При фибродуоденоскопии на задней стенке 12-перстной кишки дефект стенки с круглыми валикообразными краями вокруг глубокого кратера. При лапароскопии головка поджелудочной железы как бы припаяна к 12-перстной кишке.

*Микроскопически* в биоптате из дна дефекта некробиотически измененная ткань поджелудочной железы, в стенке дефекта рубцовая ткань. В слизистой оболочке тонкой кишки очаговая атрофия желез, инфильтрация лимфоцитами, с формированием лимфоидных фолликул, в подслизистом слое разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнения основного заболевания.

3.Перечислите клинико-морфологические формы патологии поджелудочной железы.

4.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

5.Назовите второе заболевание, которое может развиться на фоне данной патологии поджелудочной железы.

**Ситуационная задача № 22**

 У мужчины 52 лет, страдающего язвенной болезнью желудка появились жалобы на потерю аппетита, отвращение к мясной пищи, постоянные боли, ухудшение общего состояния, быструю утомляемость, психическую депрессию.

При фиброгастроскопии в области большой кривизны желудка бугристое образование диаметром 4 см с дефектом в центре. *Микроскопически* в биоптате из края язвы отсутствует подслизистый слой, имеется инфильтрация клетками разной величины, с выраженным полиморфизмом ядер, формирующие уродливые – слившиеся и ветвящиеся железы. В области дна язвы имеется полное разрушение мышечного слоя и широкая зона рубцевания, выявляются признаки эндартериита, тромбофлебита.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность новообразования желудка, гистогенез.

3.Назовите фоновый патологический процесс.

4.Объясните патогенетическую связь основного и фонового заболеваний.

5.Перечислите ретроградные лимфогенные метастазы.

**Ситуационная задача № 23**

 Мужчина 39 лет с жалобами на упорные, интенсивные боли в верхней части живота, изжогу и отрыжку, водянистую диарею. При обследовании выявлено значительное повышение гастрина и соляной кислоты. При эндоскопии обнаружены широкие и высокие сладки, формирующие крупные желудочные поля, с множественными очаговыми дефектами слизистой оболочки. *Микроскопически* желудочные ямки обычной глубины, поверхностные и фовеолярные клетки слизистой оболочки без изменений, в железах выраженная гиперплазия париетальных клеток, которые встречаются в биоптатах из фундального и кардиального отделов.В слизистой оболочке тела и дна имеются участки некроза, вовлекающие в процесс мышечную пластинку.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму

2. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.

3. Объясните сущность пептической язвы.

4.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

**Ситуационная задача № 24**

 У женщины 45 лет жалобы на боли в подложечной области ноющего характера, возникающие вскоре после приема пищи и сопровождаются ощущением тяжести и распирания в животе, тошноту и нередко рвоту. Пациентка отмечает потерю массы тела и периферические отеки.В сыворотки крови гипоальбуминемия и незначительное повышение концентрации гастрина. При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка желудка гипертрофирована, складки увеличены симметрично, ограничены телом и дном желудка.*Микроскопически*гиперплазия покровно-ямочного эпителия, выраженное удлинение ямок слизистой оболочки, достигающее основания слизистой оболочки. Ямки выглядят извитыми, расширенные просветы заполнены слизью. Некоторые увеличенные желудочные железы проникают в мышечный слой с превращением их в [кисты](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0). Количество желез уменьшено, главные и обкладочные клеткив атрофированном состоянии, количество слизеобразующих клеток резко увеличено.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму

2. Определите основное звено в патогенезе болезни.

3. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.

4.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://www.eurolab.ua/img/gr_botleft.gif | http://www.eurolab.ua/img/spacer.gif | http://www.eurolab.ua/img/gr_botright.gif |

**Ситуационная задача №25**

Мужчина 23 лет был госпитализирован с клинической картиной острого живота. Из анамнеза известно, что болен в течении 2 суток. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток. *Макроскопически* отросток увеличен, утолщен до 1,5 см., серозная оболочка гиперемирована, тусклая с наложениями фибрина. На разрезе ткань светло-серая, в просвете зеленовато-серое густое содержимое. *Микроскопически* все слои стенки аппендикса диффузно инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, в слизистой оболочке — выраженная гиперемия сосудов, фокусы некроза.

1. Назовите основное заболевание и его форму.

2. Назовите не деструктивные формы заболевания, их отличия.

3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания.

4. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию.

**Ситуационная задача № 26**

 Женщина 25 лет была госпитализирована в плановом порядке. Из анамнеза известно, что пациентку длительное время беспокоили боли в правой подвздошной области. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток.

*Макроскопически* отросток толщиной 2,5 см., плотный, серозная оболочка бледная со следами фиброзных спаек, на разрезе стенка утолщена, в просвете слизистое содержимое. *Микроскопически* слизистая оболочка отростка атрофична, с единичными лимфоидными фолликулами. В подслизистой и мышечной оболочках остатки грануляционной ткани, фиброз и коллагенизация.

1.Назовите заболевание и его форму.

2.Назовите возможную причину заболевания.

3.Объясните механизм развития описанных изменений.

4.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

5.Объясните, в чем отличие эмпиемы от флегмонозного воспаления.

**Ситуационная задача № 27**

Труп умеренно истощенного мужчины средних лет. Из истории болезни известно, что поступил на 3 день заболевания по поводу перфоративного аппендицита. Произведена лапаротомия с ревизией и санацией брюшной полости, удалением аппендикса и дренированием операционной раны. Исследование крови на посевы в течение первых суток выявило анаэробную инфекцию. После операции состояние оставалось тяжелым, появились функциональные изменения в печени, почках, присоединилась пневмония. Смерть на 14 день пребывания в больнице. *При вскрытии:* в илеоцекальном углу дренированный абсцесс, в венах правой подвздошной области тромбы, в брюшной полости фибринозно-гнойное содержимое с формированием межпетлевых абсцессов. Регионарные лимфатические узлы увеличены. В печени и почках множественные абсцессы. В легких участки уплотнений темно-красного цвета, с многочисленными субплевральными очагами желтого цвета. *При микроскопическом исследовании* в венах брыжейки септические тромбы, в брюшной полости диффузная инфильтрация нейтрофилами, в лимфатических узлах гиперплазия фолликулов, в печени, почках выраженная дистрофия паренхиматозных элементов, тромбофлебиты с образованием множественных метастатических гнойных очагов, в легких - в просвете альвеол экссудат, состоящий из нейтрофилов с примесью эритроцитов, фибрина и слущенного эпителия.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите причину смерти.

4.Назовите формы абдоминального сепсиса.

5.Назовите виды перитонита по этиологии.

**Ситуационная задача №28**

 Труп мужчины 36 лет. Из истории болезни известно, что был госпитализирован с желтухой, сопровождающейся резко увеличенной печенью и кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки. В последующие 2 недели явления печеночной недостаточности прогрессировали, смерть наступила к концу третей недели заболевания.

При вскрытии в коже, слизистых, серозных оболочках и легких множественные кровоизлияния, селезенка гиперплазирована, пульпа дает соскоб. Печень уменьшена в размерах, темно-красного цвета, мажущей консистенции. *Микроскопически* дольки печени некротизированы, с распадом ткани и лишь по периферии долек сохранена узкая полоска гепатоцитов в состоянии жировой дистрофии. Сосуды долек паралитически расширены с формированием массивных кровоизлияний. Кое-где видны поля регенерирующих гепатоцитов и разрастание соединительной ткани. В корковом слое почек эпителий извитых канальцев безъядерный, с участками разрушения базальной мембраны, мозговой слой полнокровен и отечен, с кровоизлияниями.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Назовите возможные причины заболевания.

4.Назовите синдромы осложнившие течение заболевания, объясните механизм их развития.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 29**

 Женщина 22 лет заболела остро, появилась желтуха, боли в правом подреберье, увеличение печени, кожные высыпания, аменорея. В сыворотке крови обнаружены высокие титры антигладкомышечных (ASMA) и антиядерных (ANA) антител, гипергаммаглобулинемия, особенно за счет повышении уровня IgG. Из анамнеза известно, что больная в течение 6 лет лечится по поводу диффузного тиреотоксического зоба.

Произведена биопсия печени. При гистологическом исследовании имеются ступенчатые некрозы с разрушением пограничной пластинки печеночной дольки. Вдоль синусоидов

выраженная лимфоидноклеточная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликул в сочетании с дегенеративными изменениями гепатоцитов. В портальных трактах инфильтрация плазматическими клетками, выявляются перипортальные железистоподобные структуры из гепатоцитов.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите типы данного заболевания печени.

3.Объясните механизм развития заболевания.

4.Перечислите основные иммунные заболевания, сопутствующие данной патологии печени.

**Ситуационная задача № 30**

 Больной 28 лет. Заболел остро: слабость, температура. На второй недели появилась желтуха, темная моча, обесцвеченный (светлый) кал. В крови выявлен JgMHAVAb. При лапароскопии печень увеличена, плотная, красная, капсула напряжена. *Микроскопия биоптата:*  полнокровие сосудов, отек стромы с диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрацией портальных трактов, примесью плазматических клеток, эозинофильных и нейтрофильныхлейкоцитов. Гидропическая дистрофии и некроз гепатоцитов, тельца Каунсильмена, гиперплазия звездчатых купферовских клеток*.*

1.Назовите основное заболевание.

2.Какая форма характерна для данной патологии.

3.О чем свидетельствует выявление в крови JgMHAVAb.

4.Объясните механизм развития изменений в гепатоцитах.

5.Назовите исход и прогноз заболевания.

**Ситуационная задача №31**

 Больной 59 лет. Заболел остро: слабость, температура, кожный зуд, Через неделю появилась желтуха, темная моча, обесцвеченный кал. В крови увеличение холестерина, бета-липопротеидов, общего и прямого билирубина, активности щелочной фосфатазы. При ультразвуковом исследовании печени и желчных путей визуализируются внутрипеченочные протоки. При лапароскопии печень увеличена, плотная, капсула напряжена, видны подкапсульные очаги желто- зеленой окраски с подчеркнутым рисунком долек. *Микроскопия биоптата:* желчные капилляры и желчные протоки портальных трактов переполнены желчью, стенки их с воспалением, желчный пигмент определяется в цитоплазме гепатоцитов и купферовских клеток. Гепатоциты центральных отделов в состоянии гидропической и баллонной дистрофии. Портальные тракты расширены, инфильтрированы преимущественно лимфоцитами и макрофагами.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Объясните значение ультразвукового исследования.

3.Назовите наиболее важный клинический признак холестаза.

4.Назовите возможные причины заболевания.

5.Назовите исход и прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 32**

 Больной 53 лет с периодическими болями в правом подреберье, желтушностью кожных покровов и склер, диспептическими расстройствами. В крови положительные HBsAg и HBeAg. Произведена пункционная биопсия печени. *В биоптате* клеточная инфильтрация портальной, перипортальной и внутридольковой склерозированной стромы печени с проникновение инфильтрата из лимфоцитов, макрофагов, плазматических клеток через пограничную пластинку в печеночную дольку. Выявляются «песочные ядра» и матово-стекловидные гепатоциты, печеночные клетки с гидропической и баллонной дистрофией и некрозом. Пролиферацией звездчатых ретикулоэндотелиоцитов и клеток холангиол.

1.Назовите основное заболевание и его форму.

2.Назовите клинические и морфологические признаки, подтверждающие данную патологию.

3.Назовите ведущий механизм поражения печени при хроническом вирусном гепатите.

4.Назовите основные условия формирования хронического вирусного гепатита.

5.Назовите исход и прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 33**

 Больной 53 года с жалобами на незначительные ноющие боли и тяжесть в правом подреберье, непостоянную общую слабость, утомляемость. иктеричность склер, диспептические расстройства. Произведена пункционная биопсия печени. *В биоптате* клеточная инфильтрация портальной склерозированной стромы печени лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками. Пограничная пластинка и структура печеночных долек сохранена. Среди гепатоцитов изредка встречаются клетки с гидропической дистрофией, небольшая гиперплазия купферовских клеток.

1.Назовите основное заболевание и его форму.

2.Назовите возможные этиологические факторы заболевания.

3.Назовите основное условие формирования данной патологии печени.

4.Назовите факторы, способствующие хронизации воспаления.

**Ситуационная задача № 34**

Труп мужчины на вид около 40 лет. Из истории болезни: поступил без сознания, на 3 день пребывания в стационаре развилась желтуха, моча темная, кал обесцвечен, в крови увеличение прямого и непрямого билирубина. *Макроскопически* печень дряблой консистенции, бледно-желтая с красноватыми участками и рубцовыми западениями. *Микроскопически* на фоне мелко- и крупнокапельного ожирения гепатоцитов, массивные поля ступенчатых и мультилобулярных некрозов. В зонах некроза и портальных трактах воспалительная инфильтрация с преобладанием нейтрофилов. Выявляются тельца Мэллори в цитоплазме отдельных гепатоцитов, центролобулярные перивенулярные и перицеллюлярные разрастания соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите отличительные признаки медикаментозного поражения печени.

4.Перечислите дифференциально - диагностические признаки алкогольного и диабетического стеатоза.

**Ситуационная задача № 35**

 Труп мужчины на вид около 47 лет. Направлен на вскрытие врачом сельской врачебной амбулатории. Из направления на вскрытие известно, что умерший полгода тому назад переселился из Казахстана, за 2 года до смерти перенес желтуху, но за медицинской помощью не обращался. *При вскрытии:* труп истощенного мужчины с иктеричными кожными покровами и склерами. В брюшной полости небольшое скопление прозрачной жидкости. Печень массой 1167 гр., плотной консистенции, резко деформирована, поверхность крупнобугристая. На разрезе орган узловатой структуры, в виде желтых очагов округлой формы размерами от 1см до 3см. Между узлами-регенератами диффузное разрастание грубых тяжей соединительной ткани. В просвете желудка и кишечника около 1 литра жидкой крови и свертков крови. Селезенка массой 673 гр., пульпа темная, вишнево-красная, без соскоба.

*Микроскопически* трабекулярное строение печени нарушено, в узлах -регенератах гепатоциты с белковой дистрофией и некрозом, имеется большое количество многоядерных печеночных клеток. Между ложными дольками разрастание соединительной ткани с лимфо-макрофагальной инфильтрацией. Портальные триады сближены (более 3 в поле зрения).

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания, механизм развития.

3.Назовите возможные причины развития данной патологии печени.

4.Перечислите признаки печеночно-клеточной недостаточности.

 **Ситуационная задача № 36**

 Мужчина 42 лет. В анамнезе перенесенная в прошлом желтуха, злоупотребление алкоголем. Жалобы на слабость, диспептические расстройства, боли и тяжесть в правом подреберье, накопление жидкости в брюшной полости. Сделана пункционная биопсия печени. *Микроскопически* нормальное строение печени нарушено, видны мелкие мономорфные узлы-регенераты (ложные дольки), разделенные узкими прослойками соединительной ткани, формирующие порто-портальные и порто-центральные фиброзные септы. В фиброзных прослойках определяются дополнительные печеночные вены, инфильтрация лимфоцитами, макрофагами и полиморфноядерными лейкоцитами. Гепатоциты в состоянии жировой и баллонной дистрофии, в отдельных печеночных клетках определяются тельца Мэллори.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите клинико-морфологическую форму данной патологии.

3.Назовите фоновый патологический процесс.

4.Перечислите состояния, ассоциированные с наличием телец Мэллори.

5.Проведите дифференциальный диагноз алкогольного поражения печени и медикаментозного.

 **Ситуационная задача № 37**

 Мужчина 52 лет. В анамнезе перенесенная в прошлом желтуха. Жалобы на слабость, периодическое повышение температуры, диспептические расстройства, боли и тяжесть в правом подреберье, накопление жидкости в брюшной полости. Сделана лапароскопия и клиновидная краевая биопсия печени. *Макроскопически* печень серо-зеленая, поверхность мелкозернистая. *Микроскопически* эпителий мелких желчных протоков некротизирован, в стенках и окружающей их соединительной ткани, клеточная инфильтрация с формированием гранулем, состоящих из лимфоцитов, эпителиоидных и гигантских клеток, пролиферация и рубцевание желчных протоков. В перипортальных полях инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами, склероз с образованием соединительнотканных прослоек (септ) и ложных долек. Гепатоциты в состоянии дистрофии и некроза.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите патологический процесс, лежащий в основе развития данного заболевания.

3.Назовите осложнение основного заболевания, механизм развития.

4.Перечислите возможные этиологические факторы, способствующие данной патологии.

5.Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.

**Ситуационная задача № 38**

 *Операционный материал.* Прислан вскрытый желчный пузырь женщины 43 лет. Стенка пузыря утолщена до 0,8см, отечная, на разрезе серо-красная. Слизистая оболочка сглажена, грязного вида, серо-зеленоватого цвета, с точечными кровоизлияниями. На серозной оболочке наложения фибрина. *Микроскопически* слизистая оболочка с гиперемией сосудов и кровоизлияниями, выраженным отеком, очаговым некрозом и диффузной нейтрофильной инфильтрацией, распространяющейся во все слои стенки желчного пузыря. На серозной оболочке наложения фибрина.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите возможные этиологические факторы заболевания.

3.Назовите пути попадания инфекции в желчный пузырь.

4.Назовите возможные осложнения основного заболевания.

 **Ситуационная задача № 39**

Женщина 48 лет с жалобами на чувство тяжести и болезненности в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, приступы желчно-пузырной колики. *Операционный материал:* частично вскрытый желчный пузырь. Стенка пузыря утолщена до1см, белесоватого цвета, плотная. Слизистая оболочка сглажена, зеленоватого цвета инкрустирована желчными пигментами в виде желтоватых полосок. В полости желчного пузыря множество мелких желто-коричневых камней, с гладкими и притертыми друг к другу гранями. *Микроскопически* слизистая оболочка атрофичная с отложениями кристаллов холестерина, мышечные волокна гипертрофированы. В строме всех слоев желчного пузыря разрастание соединительной ткани и гистиолимфоцитарная инфильтрация.

1.Назовите основное заболевание.

2.Перечислите местные и общие факторы в возникновении данной патологии.

3.Назовите предрасполагающие факторы и болезни, способствующие развитию данной патологии.

4.Назовите возможные осложнения основного заболевания.

**Ситуационная задача № 40**

 Мужчина 39 лет был госпитализирован в хирургическое отделение с интенсивными болями в эпигастральной области с опоясывающей иррадиацией, сопровождающиеся многократной рвотой дуоденальным содержимым и вздутием кишечника. В крови активность альфа-амилазы в 2 раза превышает норму. При лапароскопии в брюшной полости геморрагический экссудат, очаги кровоизлияний в желудочно-ободочной связке и большом сальнике. На 3 день заболевания наступила смерть на фоне прогрессирования гемодинамических нарушений и функциональной недостаточности паренхиматозных органов*. На вскрытие* серозно-геморрагического выпот в плевральную и брюшную полости, забрюшинная клетчатка пропитана геморрагическим экссудатом с детритоподобными очагами. Поджелудочная железа с напряженной капсулой, отечная, серая с бледно-желтыми участками некроза разной формы и величины, локализующиеся в толще органа и массивными полями кровоизлияний. *Микроскопически* в поджелудочной железе железистая ткань представлена бесструктурной массой с полями кровоизлияний, формированием микроскопических абсцессов.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Перечислите возможные причины развития данной патологии.

3.Назовите клинико-морфологические формы заболевания.

4.Перечислите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 41**

 Больная А., 22 года с отеками на ногах и под глазами. Из анамнеза известно, что 2 недели назад перенесла фарингит. OAK - умеренная анемия, в моче умеренная протеинурия, выщелоченные эритроциты. Рентгенологически в правом легком очаг Гона. УЗИ: печень, сердце, поджелудочная железа обычные, почки увеличенные в размерах. *При микроскопическом исследовании* пункционного биоптата почки: почечные клубочки увеличены в размерах, отечны, с выраженной пролиферацией и набуханием эндотелиальных клеток и умеренной пролиферацией мезангиальных клеток, инфильтрацией нейтрофилами и макрофагами. В просвете канальцев в небольшом количестве эритроцитарные цилиндры. Иммунногистохимически определяются JgМ, JgG и C3 вдоль базальных мембран клубочков.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите гистологический вариант данной патологии.

3.Определите вид по локализации и воспалению.

4.Каков вероятный исход заболевания.

5.О чем свидетельствует очаг Гона в легких.

**Ситуационная задача № 42**

 Больная А., 34 года с отеками на ногах и под глазами, высоким артериальным давлением. Больна около 2 лет. OAK: умеренная анемия, в моче умеренная протеинурия, выщелоченные эритроциты. УЗИ: сердце и почки увеличены в размерах. При эндоскопическом исследовании желудка дистрофия и некроз поверхностного эпителия, с единичными участками некроза слизистой оболочки не вовлекающие мышечную пластинку, в субэпителиальной ткани лейкоцитаная инфильтрация. *При микроскопическом исследовании* биоптата почки: в капсуле Шумлянского-Боумена выявляются полулуния, образованные за счет пролиферации нефротелия, скопления моноцитов, макрофагов и выпадение фибрина. Почечный клубочек сдавлен, с фокальным некрозом, пролиферацией эндотелия и мезангия. В эпителии некоторых канальцев гиалиново-капельная дистрофия, атрофия. В строме почки склероз, лимфомакрофагальная инфильтрация. Иммунногистохимически определяются иммунные комплексы к базальным мембранам клубочков.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите гистологический вариант данной патологии.

3.Объясните механизм образования полулуний.

4.Назовите идиопатические аутоиммунные заболевания сопровождающиеся аналогичным поражением почек.

5.Назовите сопутствующее заболевание.

**Ситуационная задача № 43**

 Больная А., 39 лет с отеками на ногах и под глазами, высоким артериальным давлением. Больна около 8 лет. OAK - умеренная анемия. В моче умеренная протеинурия. УЗИ: печень, поджелудочная железа - обычные; сердце увеличено в размерах, с толщиной левого желудочка 2см, почки несколько уменьшены в размерах. *При микроскопическом исследовании* биоптата почки: в отдельных клубочках пролиферация мезангиоцитов и расширение мезангия без существенного изменения стенок капиллярных петель, другие клубочки коллабированы, замещены соединительной тканью или гиалином. В цитоплазме эпителия канальцев дистрофические процессы и атрофия с уплощением эпителия. В строме увеличение межуточной соединительной ткани, клеточная инфильтрация мононуклеарами.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический вариант данной патологии.

3.Назовите внепочечные симптомы заболевания.

4.Каким синдромом проявляется данное заболевание.

5.Объясните механизм патологических изменений в сердце.

**Ситуационная задача № 44**

 Труп истощенного мужчины, на вид около 45 лет. Из истории болезни известно, что длительное время болел бронхоэктатической болезнью, в последние два года белок в моче (1,5 мг.%). *При вскрытии:* в легких стенки бронхов утолщены, белесоватые, не спадаются, с множественными очаговыми расширениями в виде мешочков, в просветах серовато-желтое густое содержимое. В паренхиме нижних отделов обоих легких, очаги уплотнения серо-красного цвета. В сердце гипертрофия правого желудочка. Почки увеличены в размерах, плотные, обычной формы, массой обе 486 гр. Капсула снялась легко, поверхность почек под капсулой гладкая, восковидного вида. На разрезе корковое вещество широкое, матовое, а мозговое вещество серо-розовое с сальным оттенком. Лоханки, мочеточники, мочевой пузырь обычные. *Микроскопически:* В легких перибронхиальное разрастание соединительной ткани, в просвете склерозированного бронха лейкоциты, слизь, фибрин, эпителий атрофичен с очагами плоскоклеточной метаплазии. В прилежащих альвеолах виден экссудат, состоящий из слущенного альвеолярного эпителия, фибрина, единичных эритроцитов, нейтрофилов с формированием абсцессов в нижних долях легких. В почках, при окрашивании Конго-ротом, выявляются однородные отложения красного цвета в капиллярных петлях почечных клубочков, по ходу базальных мембран канальцев и артериолах.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите фоновое заболевание и механизм развития изменений в органе.

3.Назовите легочное осложнение основного заболевание, причины его возникновения.

4.Назовите внелегочное осложнение основного заболевание.

5.Объясните причину и механизм развития поражения почек.

 **Ситуационная задача № 45**

Труп женщины 32 лет, правильного телосложения, несколько пониженного питания. Из истории болезни известно, что поступила в стационар в шоковом состоянии. Диагностировано внутреннее кровотечение. При лапаротомии выявлена трубная беременность, разрыв маточной трубы. Труба удалена. В послеоперационном периоде возникла анурия. Смерть на 6 день пребывания в стационаре. При вскрытии почки увеличены в размерах, набухшие, отечные, капсула их напряжена, снялась легко. Под капсулой поверхность гладкая, анемичная. На разрезе бледно-серая кора, резко отграничена от темно-красных пирамидок мозгового слоя. В интермедиарной зоне почек и в лоханках кровоизлияния по типу геморрагического пропитывания. *Микроскопически* фокальный некроз канальцев во многих участках по ходу нефрона, тубулорексис и окклюзия просветов канальцев цилиндрами. Отек интерстициальной ткани с лейкоцитарной инфильтрацией и геморрагиями, выраженный венозный застой с тромбозом вен.

1.Назовите патологический процесс в почках.

2.Назовите фактор, способствующий его развитию.

3.Перечислите возможные причины развития аналогичного поражения почек.

4.Назовите морфологический эквивалент данной патологии.

5.Исход и прогноз.

 **Ситуационная задача № 46**

 Женщина 33 лет, больная ревматизмом. Длительное время принимала пенициллин и нестероидные противовоспалительные препараты. В связи с болями в пояснице, повышенном белком в моче была сделана пункционная биопсия почек. *Микроскопически* в интерстиции почки умеренно выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация с примесью макрофагов и эозинофилов. Клеточный инфильтрат располагается периваскулярно и в межканальцевых пространствах. Здесь же пролиферация клеток фибропластического ряда. При окраске пикрофуксином выявляется коллагенизация стромы. В нефроцитах канальцев дистрофия и атрофия.

1.Назовите заболевание почек.

2.Назовите возможные причины данной патологии.

3.Назовите основное звено патогенеза.

4.Объясните механизм развития изменений в органе.

5. Назовите исход заболевания.

**Ситуационная задача № 47**

 Оперативно удаленная почка у мужчины 65 лет, находившегося в урологическом отделении по поводу острой задержки мочи, сопровождавшейся высокой температурой. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает заболеванием предстательной железы.

*Макроскопически* почка дряблая, капсула снялась легко (сползла), ткань бледно-серая, с очагами полнокровия и кровоизлияний. В интермедиарной зоне видны мелкие полости без четкой границы. *Микроскопически* полнокровие и лейкоцитарная инфильтрация лоханок и чашечек, очаги некроза, пропитанные фибрином. Межуточная ткань всех слоев почки отечная, инфильтрирована нейтрофилами. Во всех полях зрения встречаются мелкие (милиарные) абсцессы, в интермедиарной зоне сливающиеся между собой с формированием полостей. В канальцах нефроциты с дистрофией и некрозом, просветы заполнены цилиндрами из распадающихся эпителиальных клеток и лейкоцитов.

1. Назовите заболевание почки.

2. Назовите, что послужило поводом к удалению почки.

3. Объясните механизм развития осложнения.

4. Определите вероятный предрасполагающий фактор основного заболевания.

5. Назовите возможное общее осложнения.

 **Ситуационная задача № 48**

 Оперативно удаленная почка у мужчины 68 лет, находившегося в урологическом отделении по поводу задержки мочи, повышенной температуры, высокого артериального давления. *Макроскопически* почка деформирована, на разрезе в области лоханки и чашечек рубцовые изменения, капсула сращена с тканью почки, снялась с трудом, под капсулой поверхность почки бугристая, ткань бледно-серая, с очагами полнокровия и кровоизлияний. В интермедиарной зоне видны мелкие полости окруженные капсулой. *Микроскопически* в ткани лоханок и чашечек склероз, лимфоцитарная инфильтрация, метаплазия переходного эпителия в многослойный плоский. Эпителий некоторых канальцев уплощен и атрофирован, просветы других - растянуты и заполнены коллоидными массами (тиреоидизация). В интерстиции разрастание соединительной ткани, лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов, инкапсулированные абсцессы. Во многих клубочках склероз и гиалиноз, выраженное перигломерулярное разрастание соединительной ткани.

1. Назовите заболевание почек.

2. Назовите гистологическую стадию заболевания, что означает термин «тиреоидизация».

3.Перечислите достоверные признаки этой стадии.

4. Назовите морфологическое выражение данной патологии.

5. Назовите нефропатию, характеризующуюся деформацией чашечно-лоханочной системы.

 **Ситуационная задача № 49**

 Труп пожилой женщины правильного телосложения, несколько пониженного питания. *При вскрытии:* сердце массой 380,0 гр., стенка левого желудочка 2см. Почки обе массой 145 гр., симметрично уменьшены в размерах, поверхность их мелкозернистая, бело-серого цвета, плотные. Капсула снялась с трудом, с потерей почечного вещества. На разрезе граница между корковым и мозговым веществом стерта, в паренхиме белесоватые прослойки. Вокруг лоханки разрастание жировой ткани. *Микроскопически* гиалиноз клубочков, выраженная атрофия канальцев, диффузное разрастание соединительной ткани с резко выраженной коллагенизацией стромы и лимфоцитарной инфильтрацией, склероз артерий и артериол. В миокарде на фоне гипертрофии мышечных волокон, белковая дистрофия кардиомиоцитов, множественные мелкоочаговые некрозы, выраженный интерстициальный отек миокарда, формирование кардиосклероза.

1.Назовите заболевание почек, его форму.

2.Назовите морфологический эквивалент патологических изменений в почках.

3. Назовите клиническое проявление данной патологии почек.

4.Объясните механизм развития патологических изменений в сердце.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 50**

 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 № 51**

 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 № 52**

 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 № 53**

 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 № 54**

 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 № 55**

 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 № 56**

 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 № 57**

 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 № 58**

 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 № 59**

 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 № 60**

 Труп молодой женщины из гинекологического отделения. Из истории болезни известно, что при выполнении медицинского аборта по поводу замершей беременности была произведена перфорация матки (не замеченная). Через 10 часов «свечкой» поднялась температура. Через 36 часов была произведена лапаротомия и надвлагалищная ампутация матки. Состояние оставалось тяжелым, смерть на 3 сутки после операции.

При вскрытии: культя шейки матки с несостоятельными швами, при надавливании из полости канала выделяется гнойно-кровянистая жидкость. Регионарные лимфатические узлы увеличены, сочные, белесовато-розовые на разрезе. Ткани печени, почек, сердца «варенные» на разрезе. *При микроскопии* в стенке матки гнойно-некротическое воспаление, в лимфатических узлах гиперплазия ткани. В печени, почках, миокарде дистрофическое изменение клеток, острое серозно-лейкоцитарное воспаление. В кровеносных сосудах малого таза тромбоваскулиты.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевание, его форму.

3.Назовите возможную локализацию первичного септического очага в акушерстве и гинекологии.

4.Перечислите возможные причины возникновения маточного сепсиса.

5.Перечислите основные особенности акушерского сепсиса.

**Ситуационная задача № 61**

 У женщины 25 лет с жалобами на кровянистые выделения из соска, выявлено в молочной железе ограниченное одиночное образование диаметром 2 см неравномерной плотности. *Микроскопически* в протоках молочной железы сосочковые разрастания, состоящие из эпителиальных и миоэпителиальных клеток, образующие двуслойную выстилку.

1.Назовите основное заболевание.

2.Определите ведущую роль в возникновении фиброзно-кистозной

 мастопатии.

3.Назовите морфологический вариант заболевания.

4.Назовите формы, которыми проявляется заболевание.

5.К какому состоянию относится данное заболевание молочной железы.

**Ситуационная задача № 62**

 У женщины 53 лет, с жалобами на отек, гиперемию и болезненность молочной железы, обнаружена деформация железы, в верхне-наружном квадрате плотный фиксированный узел размерами 6×4×3 см, на разрезе вида сырого картофеля. *При микроскопическом исследовании* видны группы атипичных полиморфных клеток с большим количеством митозов, в виде пластов, тяжей, трубочек, располагающихся в фиброзной строме.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Перечислите предраковые состояния молочных желез.

4.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 63**

 У женщины 30 лет выявлен четко ограниченный узел в молочной железе, 2,5 см в диаметре, плотный, безболезненный, легко смещающийся при пальпации, не спаянный с окружающими тканями*.* Макроскопически на разрезе опухоль серовато-белая с очагами гиалиноза и обызвествления. *При микроскопическом исследовании* определяются множественные мелкие железистые полости округлой формы, выстланные темным секретирующим эпителием. Между железистыми структурами располагается нежноволокнистая соединительная ткань в небольшом количестве.

1.Назовите основное заболевание молочной железы.

2.Назовите гистологическую форму.

3.Назовите и охарактеризуйте варианты данной патологии.

4.Назовите наиболее частую локализацию данного новообразования.

5. Перечислите особенности течения и прогноз данной патологии.

**Ситуационная задача № 64**

 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 № 65**

 Женщине 70 лет, с жалобами на уплотнение ткани молочной железы, деформацию и втяжение соска была произведена биопсия. *При микроскопическом исследовании* стенки протоков расширены, инфильтрированы плазмоцитами, лимфоцитами, нейтрофилами и макрофагами. В расширенных протоках кристаллы холестерина и ксантомные клетки. В окружающей строме обширные разрастания соединительной ткани и гранулемы инородных тел.

1.Назовите основное заболевание молочной железы.

2.Назовите патологический процесс, определяющий изменения в ткани.

3.Назовите основной морфологический субстрат патологического процесса.

4.Какое заболевание симулирует данная патология.

**Ситуационная задача № 66**

 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 № 67**

 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 № 68**

 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 № 69**

 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 № 70**

 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 № 71**

 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 № 72**

 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 № 73**

 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 № 74**

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 № 75**

 Течение беременности у женщины 28 лет, на 22 недели осложнилось прогрессирующей артериальной гипертензией, к небольшой пастозности рук и лица прибавились отеки на нижних конечностях, белок в моче. По данным ультразвукового исследования имеется плацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите причины развития данной патологии.

3.Объясните механизм развития артериальной гипертензии.

4.Назовите возможные неблагоприятные последствия патологического процесса.

**Ситуационная задача № 76**

 У первобеременной женщины 22 лет течение беременности протекало без особенностей; в первом периоде родов началась бурная родовая деятельность, отошли воды, окрашенные кровью, появились признаки острой дыхательной недостаточности, произошла потеря сознания, внутриутробная гибель плода, за которой последовала смерть роженицы.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите осложнение патологического процесса.

3.Какой патологический процесс явился причиной гибели роженицы.

4.Объясните механизм танатогенеза.

5.Назовите причину гибели плода.

**Ситуационная задача № 77**

 У повторнородящей женщины 28 лет с отягощенным гинекологическим анамнезом- преждевременные роды и 3 аборта на малых сроках, в послеродовом периоде не прекращались кровянистые выделения, к концу четвертой недели появились боли внизу живота и субфебрильная температура. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки среди сгустков крови и фибрина выявлены фрагменты некротизированной децидуальной ткани с лейкоцитарной инфильтрацией и ворсины хориона с очаговым некрозом и началом организации.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите возможные причины данной патологии матки.

3.Назовите возможные неблагоприятные последствия патологического процесса

4.Назовите патологию беременности, с которой проводят дифференциальную диагностику этого патологического процесса.

**Ситуационная задача№ 78**

У женщины 28 лет, с клинически нормально прогрессирующей беременностью до 10 недели, появились жалобы на маточные кровотечения, повышенную отечность. При УЗИ увеличение размеров матки, не соответствует сроку предполагаемой беременности, в полости - отсутствие плода, пуповины и амниотической оболочки. В яичниках текалютеиновые кисты. В крови чрезмерное повышение уровня ХГТ. Произведена вакуум-аспирация полости матки. *Пригистологическом исследовании*  - выраженный отек и увеличение ворсин с пролиферацией выстилающих ворсин эпителия и нарушением последовательности слоев трофобласта, наличие клеток Халецкой – Неймана, кровеносные сосуды и зародышевая ткань отсутствуют.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите патологический процесс матки.

3.Перечислите различные виды данной патологии и причины их развития.

4.Назовите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 79**

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 № 80**

 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 № 81**

 У беременной женщины 26 лет, на сроке 10 недель, возникло обильное кровотечение из половых путей, которой невозможно было остановить консервативными средствами. При ультразвуковом исследовании в полости матки плодного пузыря нет, в левом яичнике желтое тело. При вагинальном исследовании шейка увеличена, рыхлая, кровоточит при прикосновении. Произведена экстирпация матки без придатков. Макроскопически величина шейка матки превосходит размеры тела, бочкообразной деформации. Наружный зев эксцентрически смещен, в шеечном канале плодное яйцо, связанное со стенками. *При гистологическом исследовании* строение шейки матки полностью нарушено, за счет разрастания ворсин хориона, выстланных двуслойным эпителием, отложений масс фибрина и разрастания пластов хориального эпителия.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите патологический процесс.

3.Назовите причины патологического процесса.

4.Назовите другие виды локализаций данной патологии.

5.Назовите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 82**

Труп пожилой женщины пониженного питания. Из истории болезни известно, что была доставлена в больницу с высокой температурой и явлениями острой респираторной инфекции. Смерть наступила на 7 сутки пребывания в стационаре.

При вскрытии слизистая трахеи и бронхов ярко-красная, зернистая, с очагами некроза. Легкие полнокровные с очагами кровоизлияний, во всех отделах легких множество мелких очагов желто-серого цвета, чередующихся с фокусами повышенной воздушности и участками спадения легочной ткани. Мягкая мозговая оболочка и почки резко полнокровны.

*Микроскопически* в слизистой оболочки трахеи десквамация покровного эпителия с наложением фибринозной пленки, в подслизистой оболочке отек, полнокровие сосудов. В просвете бронха нейтрофильный экссудат, с инфильтрацией нейтрофилами всех слоев бронха, его разрушением. В альвеолах, расположенных вокруг бронха экссудат, состоящий из нейтрофилов, эритроцитов, фибрина, слущенного эпителия, перифокально альвеолы расширенны, в других альвеолах - спадение перегородок.

1.Назовите заболевание и его форму.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите морфологический эквивалент изменений в легких.

4.Объсните особенности развития поражения легких.

**Ситуационная задача № 83**

 Труп мужчины средних лет умеренно истощенного. Умер в инфекционном отделении больницы на 15 день заболевания. *При вскрытии:* в просвете дистального отдела тонкой и во всех отделах толстой кишок кровь. Лимфоидные фолликулы подвздошной кишки увеличены в размерах, с некрозом, образованием язв овальной формы с неровными краями, располагающиеся по длине кишки. В одной из язв арозированный кровеносный сосуд. Лимфатические узлы брыжейки кишки увеличены, на разрезе серо-розовые, сочные.

*При микроскопическом исследовании* в лимфоидных фолликулах и пейеровых бляшках подвздошной кишки некроз с отторжением некротических масс и изъязвлением стенки кишки и кровеносного сосуда. В интрамуральных нервных ганглиях дистрофия нервных клеток и волокон. В лимфатических узлах пролиферация моноцитов, ретикулярных клеток, скопления больших макрофагальных клеток со светлой цитоплазмой. В легких, печени, селезенке, костном мозге, почках, стенке желчного пузыря скопление клеток с формированием подобия гранулем из моноцитов, ретикулярных клеток, крупных макрофагов со светлой цитоплазмой и небольшого количества лимфоцитов.

1.Назовите основное заболевание, его стадию.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите общие проявления заболевания, объясните, чем они обусловлены.

4.Перечислите возможные внекишечные осложнения болезни.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 84**

 У женщины, больной туберкулёзом, умер 3-месячный ребёнок от разлитого перитонита. На вскрытии обнаружены: перфоративная язва тощей кишки, плотные мезентериальные лимфатические узлы, на разрезе представленные серо-желтыми массами творожистого вида. *При микроскопическом исследовании* в стенки тощей кишки участок казеозного некроза, распространяющийся на все слои, на париетальной и висцеральной брюшине казеозно-некротические язвы. Вокруг некроза клеточный инфильтрат представленный эпителиоидными клетками, лимфоцитами и единичными клетками Пирогова-Лангханса. В мезентериальных лимфатических узлах идентичная гистологическая картина.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите локализацию органных поражений, морфологическую форму патологического процесса.

3.Назовите осложнение основного заболевания.

4.Объясните механизм развития осложнений.

**Ситуационная задача № 85**

 У мужчины 40 лет появились общая слабость, кашель с мокротой, повышение температуры тела до 38,5 градусов, повышенная потливость. В крови повышение СОЭ, лимфопения, моноцитоз. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено: расширение средостения за счет увеличения размеров трахеобронхиальных лимфатических узлов. Антибактериальная терапия – без эффекта. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфатических узлов. *Микроскопически:* в ткани лимфатических узлов очаги специфического продуктивного воспаления с обширными зонами казеозного некроза и лимфоклеточной инфильтрацией, наличием кальцинатов. При окрашивании по Цилю-Нельсену в макрофагах обнаружены многочисленные кислотоустойчивые палочки.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.О чем могут свидетельствовать кальцинаты в пораженных лимфатических узлах.

3.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

4.Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

**Ситуационная задача № 86**

 У женщины 30 лет появился непродуктивный кашель, незначительная одышка, повышение температуры тела до 37,5 градусов Цельсия. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено увеличение в размерах лимфоузлов средостения. Из анамнеза известно, что точно такое же увеличение лимфоузлов средостения было зафиксировано 1 год назад при плановом диспансерном обследовании. Лечения не получал. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфоузла средостения. *Микроскопически:* рисунок строения лимфатического узла изменен многочисленными сливающимися «штампованными» округлыми гранулемами, образованными эпителиоидными клетками. Гранулемы, кроме эпителиоидных клеток, содержат немногочисленные гигантские многоядерные клетки. В некоторых гигантских клетках отчетливо видны слоистые базофильные структуры – конхоидные тельца. Очаги некрозов в гранулемах не обнаруживаются.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите стадии и формы данной патологии легких.

3.Объясните природу конхоидных телец.

4.Перечислите возможные осложнения заболевания легких.

5.Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

**Ситуационная задача № 87**

 Труп ребенка 1,5 года истощенного. *При вскрытии*: в правом легком под плеврой патологический очаг бело-желтого цвета около 2 см. Лимфатические узлы корней легких увеличены до 2 см. в поперечнике, с подобными участками бело-желтого цвета, консистенции свежего, мягкого творога. Ткань обоих легких отечная, во всех отделах видны множественные мелкие белесоватые очаги размерами с просяное зерно. Такие же очажки имеются в брюшине, плевре и мозговой оболочке, которая утолщена, желатиноподобного вида.

*При микроскопическом исследовании* мелкие очажки представлены гранулемами, в центре которых некроз и инфильтрация эпителиоидными клетками по периферии. Очаг под плеврой и ткань лимфатического узла ворот корня легкого представлены казеозным некрозом.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите клинико-морфологическую форму прогрессирования данной патологии.

3.Назовите морфологический субстрат основного заболевания.

4.Назовите гистологический патогномоничный признак данного заболевания.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 88**

 В реанимационное отделение с приступом удушья доставлен ребёнок 9 лет. В гортани и трахеи обнаружены серо-жёлтые легко отделяющиеся плёнки, обтурирующие просвет. После операции трахеостомии дыхание было восстановлено, но через неделю повысилась температура тела до 37,5 С, появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, в лёгких стали выслушиваться влажные хрипы.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите осложнение основного заболевания и его составляющие.

3.Назовите патологический процесс, способствующий ухудшению

 состояния ребенка, объясните механизм его развития.

4.Назовите редко встречающиеся формы заболевания.

5.Перечислите возможные общие осложнения основного заболевания.

 **Ситуационная задача № 89**

 У ребёнка 5 лет появились боли в горле, повысилась температура тела. На 2-й день от начала заболевания выявлена мелкоточечная ярко-красная сыпь, покрывающая поверхность тела, за исключением носогубного треугольника. При осмотре горла - ярко-красные зев, малиновый язык, миндалины увеличены, на поверхности сероватая пленка, плотна соединенная с подлежащей тканью, после отторжения которой остаются глубокие дефекты - язвы, некоторые с гнойным расплавлением. В перитонзиллярной ткани — отек, мелкие кровоизлияния.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите воспалительную тканевую реакцию в месте входных ворот.

3.Назовите заболевания с экзантемой, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.

4. Назовите формы тяжелого течения болезни и их проявления.

**Ситуационная задача №90**

 У девочки 15 лет поднялась температура, появились боли в горле, миндалины воспалились по типу фолликулярной ангины. В крови уровень гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов снижены, количество лейкоцитов повышенно. Увеличились шейные лимфатические узлы, селезенка и печень. Появилась розеолезная сыпь на лице, туловище, конечностях, на слизистых оболочках петехиальные кровоизлияния, мелена. Девочка умерла. На вскрытии: увеличение периферических и висцеральных лимфатических узлов, селезенки и печени. Глоточные миндалины увеличены, слизистая оболочка зева гиперемирована с кровоизлияниями. *При микроскопическом исследовании* лимфатических узлов и селезенки наличие крупных лимфобластных клеток с большим количеством митозов. В междольковой соединительной ткани печени – обильные инфильтраты из крупных мононуклеарных клеток.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2**.**Назовите характерный признак в формуле крови при этом заболевании.

3.Объясните, чем обусловлено развитие кровоизлияний.

4.Назовите цитогенетические прогностические признаки при данной патологии.

**Ситуационная задача №91**

 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 № 92**

 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 № 93**

 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 № 94**

 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 № 95**

 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 № 96**

 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 № 97**

 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 № 98**

 У женщины 57 лет обнаружено новообразование щитовидной железы. Макроскопически одиночный опухолевый узел однородного строения, рыжевато-коричневатого цвета, округлой формы, диаметром 10 см, окружен капсулой.

*При микроскопическом исследовании* ткань щитовидной железы состоит из крупных фолликулов, заполненных коллоидным содержимым, отмечаются мелкие кровоизлияния, очаги некроза, склероза и обызвествления.

1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Назовите две клинико-морфологические формы данной патологии.

4.Назовите отличительные признаки данного заболевания от болезни Базедова.

**Ситуационная задача № 99**

 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.

**Ситуационная задача № 100**

 Женщина 40 лет с жалобами на общую слабость, утомляемость, увеличение и уплотнение щитовидной железы, чувство неловкости и дискомфорта в области шеи.

В крови уровень тиреоидных гормонов снижен, высокий титр аутоантител к ткани щитовидной железы. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании атрофия фолликулов на фоне выраженной лимфоидноклеточной инфильтрации стромы, с образованием лимфоидных фолликулов, разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите причину заболевания.

3.Перечислите факторы риска развития данной патологии.

4.Перечислите клинические варианты заболевания.

5.Назовите возможные осложнения болезни.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1**Базовая сердечно – легочная реанимация взрослых и детей.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Реферат, доклад. Устный опрос).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***.*

**Вопросы для устного опроса.**

1. Виды острой остановки кровообращения: фибрилляция, асистолия, электромеханическая диссоциация.
2. Предвестники острой остановки кровообращения: клинические и ЭКГ-предвестники.
3. Тактика при развитии предвестников острой остановки кровообращения.
4. Патогенез и механизмы острой остановки кровообращения.
5. Клинические признаки острой остановки кровообращения.
6. Базовая СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых и детей.
7. Методика проведения базовой СЛР у взрослых: непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей.
8. Методика проведения базовой СЛР у детей: непрямой массаж сердца, восстановление проходимости верхних дыхательных путей.
9. Критерии эффективности.
10. Ошибки при проведении базовой СЛР.
11. Осложнения СЛР.
12. Трехфазная временная модель внезапной сердечной смерти.
13. Ситуации, при которых не проводится СЛР.
14. Правила прекращения реанимационных мероприятий.

**Отработка практических умений и навыков** *(проведения базовой СЛР у взрослых и детей: непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей.).*

**Тема 2**Восстановление проходимости дыхательных путей. Расширенная (госпитальная) сердечно-легочная реанимация

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Реферат, доклад. Устный опрос.

Решение ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Методика проведения базовой СЛР у детей: восстановление проходимости верхних дыхательных путей.

2. Методы восстановление проходимости дыхательных путей:

 - тройной метод Сафара;

 - введение воздуховода;

 - введение эзофаготрахеальной трубки (комбитьюб);

 - выполнение коникотомии;

 - удаление инородных тел верхних дыхательных путей.

 3. Клинические признаки внезапной остановки кровообращения.

 4.Расширенная СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых.

 5.Расширенная СЛР: понятие, алгоритм проведения у детей.

 6.Методика проведения расширенной СЛР у взрослых.

 7.Методика проведения расширенной СЛР у детей.

 8.Фармокологическая терапия: препараты, показания, дозы, алгоритм введения, способы введения, противопоказания.

 9.Критерии эффективности.

 10.Ошибки при проведении расширенной СЛР.

 11.Дефибрилляция: основные принципы работы дефибриллятора, виды, методика проведения дефибрилляции.

 12.Поддержание проходимости дыхательных путей на этапе расширенной СЛР (интубация трахеи, применение трахеально- пищеводных воздуховодов, трахео- или коникотомия).

 13.Осуществление венозного доступа: периферический венозный доступ, доступ к верхней и нижней полым венам.

**Решение ситуационных задач.**

**Отработка практических умений и навыков** (восстановление проходимости верхних дыхательных путей, проведения дефибрилляции; интубация трахеи, применение трахеально- пищеводных воздуховодов, трахео- или коникотомия; осуществление венозного доступа ).

**Тема3**Клиника, диагностика, первая врачебная помощь при различных видах шока.Клиника, диагностика, первая врачебная помощь при неотложных состояниях соматического генеза.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Реферат, доклад. Устный опрос. Решение ситуационных задач.)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Клинические проявления при токсическом, травматическом, геморрагическом, анафилактическом шоке, септическом, гиповолемическом.

- виды;

- патогенез.

1. Алгоритм первой врачебной помощи.
2. Первая врачебная помощь при утоплении, астматическом статусе при бронхиальной астме, комах при сахарном диабете.
3. Экстренная помощь при сердечной астме, отеке легких, экстренная помощь при нарушениях ритма сердца и проводимости (трепетания предсердий, фибрилляции желудочков, асистолии), обмороке, коллапсе.
4. Экстренная помощь при гипертоническом кризе.

**Решение ситуационных задач.**

**Отработка практических умений и навыков** (экстренная помощь при сердечной астме, отеке легких, экстренная помощь при нарушениях ритма сердца и проводимости (трепетания предсердий, фибрилляции желудочков, асистолии), обмороке, коллапсе, экстренная помощь при гипертоническом кризе).

**Тема 4**Знакомство с образцами направлений на биопсийное исследование

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Реферат, доклад. Устный опрос.

Решение ситуационных задач.)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Биопсия. Виды биопсий.
2. Особенности клинико-анатомического исследования биоптатов.
3. Особенности клинико-анатомического анализа операционного материала и последов.
4. Сроки исследование присланных кусочков ткани:

 а) экстренных биопсий,

 б) диагностических биопсий и операционного материала,

 г) обработки костной ткани и биопсий, требующих дополнительных методов окраски и консультации высококвалифицированных специалистов.

 5. Выбор фиксатора с учетом особенностей материала, взятого для исследования.

 6. Правила и особенности составления патологоанатомического заключения (диагноза) на основе комплексного морфологического исследования биопсийно-операционного материала и последов.

**Тема 5**По фотографиям макропрепаратов изучить правила вырезки

операционно-биопсийного материала с нанесением на фотографии линий разрезов

и обозначением количества образцов взятых для гистологического исследования

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Реферат, доклад. Устный опрос. Правила вырезки операционно-биопсийного материала.)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Цель патологогистологических и цитологических исследований.
2. Правила описания и вырезки операционного материала

- аноректальной области;

- при заболеваниях органов половой системы (шейка матки; полость матки; полное диагностическое выскабливание; аспирационная биопсия; биопсия яичка);

- при диагностике заболеваний печени;

- при диагностике заболеваний органов дыхания;

- при диагностике заболеваний мягких тканей и суставов;

- при диагностике заболеваний органов кроветворения;

- при диагностике заболеваний мочевыводящей системы.

**Решение ситуационных задач.**

**Отработка практических умений и навыков** (правила описания и вырезки операционного материала).

**Тема 6**Диагностическая работа сопоставления микроскопических данных,

полученных при исследовании гистологического препарата и макроскопических

характеристик по описанию макропрепарата. Оформление патологоанатомического

заключения по операционно-биопсийному материалу.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Реферат, доклад. Устный опрос.

Диагностика макро- и микропрепаратов. Оформление документации.)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Цели, задачи и виды морфологического исследования биологического материала. Основные правила забора и направления на цито-гистологическое исследование.
2. Формы бланков-направлений на цито-гистологическое исследование и правила их заполнения.
3. Правила и особенности составления патологоанатомического заключения (диагноза) на основе комплексного морфологического исследования биопсийно-операционного материала и последов.
4. Медицинская документация патологоанатомического отделения по прижизненной морфологической диагностике.
5. Функции и принципы формулирования диагноза. Нозологическая единица и нозологический принцип в формулировании диагноза.
6. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза
7. Структура диагноза, диагностические категории.

Правила построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

8. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: правила и место в клинико-анатомическом анализе.

9. Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

**Решение ситуационных задач.**

**Отработка практических умений и навыков** (построение клинического и патологоанатомического диагнозов).

**Тема 7**Решение типовых ситуационных задач. Решение конкретных ситуационных проблем. Анализ истории болезни, клинического диагноза.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Ситуационные задачи.)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Решение типовых ситуационных задач.
2. Решение конкретных ситуационных проблем.
3. Анализ истории болезни, клинического диагноза.

**Решение ситуационных задач.**

**Тема 8**Зачет по курсу: «Симуляционный кур по патологической анатомии ».

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(*Тестирование, собеседование)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Виды острой остановки кровообращения: фибрилляция, асистолия, электромеханическая диссоциация.

2. Предвестники острой остановки кровообращения: клинические и ЭКГ-предвестники.

3. Тактика при развитии предвестников острой остановки кровообращения.

4. Патогенез и механизмы острой остановки кровообращения.

5. Клинические признаки острой остановки кровообращения.

6. Базовая СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых и детей.

7. Методика проведения базовой СЛР у взрослых: непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей.

8. Виды острой остановки кровообращения: фибрилляция, асистолия, электромеханическая диссоциация.

9. Предвестники острой остановки кровообращения: клинические и ЭКГ-предвестники.

10. Тактика при развитии предвестников острой остановки кровообращения.

11. Патогенез и механизмы острой остановки кровообращения.

12. Клинические признаки острой остановки кровообращения.

13. Базовая СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых и детей.

14.Методика проведения базовой СЛР у детей: непрямой массаж сердца, восстановление проходимости верхних дыхательных путей.

15, Критерии эффективности базовой СЛР.

16. Ошибки при проведении базовой СЛР.

17. Осложнения СЛР.

18.Трехфазная временная модель внезапной сердечной смерти.

19.Ситуации, при которых не проводится СЛР.

20.Правила прекращения реанимационных мероприятий.

 21.Методика проведения базовой СЛР у детей: восстановление проходимости верхних дыхательных путей.

 22. Методы восстановление проходимости дыхательных путей:

 - тройной метод Сафара;

 - введение воздуховода;

 - введение эзофаготрахеальной трубки (комбитьюб);

 - выполнение коникотомии;

 - удаление инородных тел верхних дыхательных путей.

23. Клинические признаки внезапной остановки кровообращения.

24.Расширенная СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых.

25.Расширенная СЛР: понятие, алгоритм проведения у детей.

26.Методика проведения расширенной СЛР у взрослых.

27.Методика проведения расширенной СЛР у детей.

28.Фармокологическая терапия: препараты, показания, дозы, алгоритм введения, способы введения, противопоказания.

29.Критерии эффективности.

30.Ошибки при проведении расширенной СЛР.

31.Дефибрилляция: основные принципы работы дефибриллятора, виды, методика проведения дефибрилляции.

32.Поддержание проходимости дыхательных путей на этапе расширенной СЛР (интубация трахеи, применение трахеально- пищеводных воздуховодов, трахео- или коникотомия).

33.Осуществление венозного доступа: периферический венозный доступ, доступ к верхней и нижней полым венам.

34.Клинические проявления при токсическом, травматическом, геморрагическом, анафилактическом шоке, септическом, гиповолемическом.

- виды;

- патогенез.

35.Алгоритм первой врачебной помощи.

36.Первая врачебная помощь при утоплении, астматическом статусе при бронхиальной астме, комах при сахарном диабете.

37.Экстренная помощь при сердечной астме, отеке легких, экстренная помощь при нарушениях ритма сердца и проводимости (трепетания предсердий, фибрилляции желудочков, асистолии), обмороке, коллапсе.

38.Экстренная помощь при гипертоническом кризе.

39.Биопсия. Виды биопсий.

40.Особенности клинико-анатомического исследования биоптатов.

41.Особенности клинико-анатомического анализа операционного материала и последов.

42.Сроки исследование присланных кусочков ткани:

 а) экстренных биопсий,

 б) диагностических биопсий и операционного материала,

 г) обработки костной ткани и биопсий, требующих дополнительных методов окраски и консультации высококвалифицированных специалистов.

 43. Выбор фиксатора с учетом особенностей материала, взятого для исследования.

 44. Правила и особенности составления патологоанатомического заключения (диагноза) на основе комплексного морфологического исследования биопсийно-операционного материала и последов.

45.Цель патологогистологических и цитологических исследований.

46. Правила описания и вырезки операционного материала

- аноректальной области;

- при заболеваниях органов половой системы (шейка матки; полость матки; полное диагностическое выскабливание; аспирационная биопсия; биопсия яичка);

- при диагностике заболеваний печени;

- при диагностике заболеваний органов дыхания;

- при диагностике заболеваний мягких тканей и суставов;

- при диагностике заболеваний органов кроветворения;

- при диагностике заболеваний мочевыводящей системы.

47.Цели, задачи и виды морфологического исследования биологического материала. Основные правила забора и направления на цито-гистологическое исследование.

48.Формы бланков-направлений на цито-гистологическое исследование и правила их заполнения.

49.Правила и особенности составления патологоанатомического заключения (диагноза) на основе комплексного морфологического исследования биопсийно-операционного материала и последов.

50.Медицинская документация патологоанатомического отделения по прижизненной морфологической диагностике.

51.Функции и принципы формулирования диагноза. Нозологическая единица и нозологический принцип в формулировании диагноза.

52. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза

53. Структура диагноза, диагностические категории.

Правила построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

 54. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: правила и место в клинико-анатомическом анализе.

 55.Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Тесты

 **«ДВС-синдром»**

**1. Причины ДВС-синдрома**

1. Массивное поступление в кровь тромбопластина

2. Тромбоэмболия легочной артерии

3. Генерализованное повреждение эндотелия сосудов

4. Обтурирующие тромбы в сосудах микроциркуляции

**5.** Верно 1и 3

**2. Массивное поступление в кровь тканевого тромбопластина наблюдается при заболеваниях и состояниях, кроме**

1. При операциях на органах, богатых тромбопластином (матка,

легкие, предстательная железа)

2. При тяжелой механической травме, электротравме

**3.** При гломерулонефрите

4. При краш-синдроме

5. При метастазировании опухолей

**3. Массивное поступление в кровь клеточного тромбопластина наблюдается при заболеваниях и состояниях, кроме**

1. При лейкозах, гемолитических анемиях

2. При переливании несовместимой крови, или переливании большого количества одногруппной крови (синдром гомологичной крови)

3. При повреждении эритроцитов в аппарате искусственного кровообращения

**4.** Некротическом нефро**зе**

5. При отравлении гемолитическими ядами

**4. Генерализованное повреждение эндотелия сосудов связано с, кроме**

1. Поступлением в кровь эндотоксинов грамотрицательных бактерий, менингококков, стрептококков, стафилококков,

2 . Вирусными инфекциями

3. Иммунокомплексным повреждением сосудов

4. Грибковыми инфекциями

**5.** Хронической гипоксией

**5. Патогенетические звенья ДВС-синдрома**

1. С преобладанием прокоагулянтного звена гемостаза

2. С преобладанием сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза

3. С отсутствием прокоагулянтного звена гемостаза

4. С одинаковой активностью и прокоагулянтного и сосудисто-

тромбоцитарного звеньев гемостаза.

**5**. Верно 1,2, 4

**6. Преобладание прокоагулянтного звена гемостаза ДВС-синдрома приводит к**

**1**. Тромбогенезу

2. Геморрагическому синдрому

3. Первичному воздействию на тромбоциты

4. Расплавлению тромбов

5. Генерализованному поражению стенок сосудов

**7. Преобладание сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза ДВС-синдрома приводит к**

1. Первичному воздействию на тромбоциты

2. Геморрагическому синдрому

3. Генерализованному поражению стенок сосудов

**4**. Верно 1,3

5. Тромбогенезу

**8. ДВС с преобладанием прокоагулянтного звена гемостаза развивается при патологических процессах, кроме**

1. Преждевременной отслойке плаценты

2. Внутриутробной гибели плода, эмболии околоплодными водами

3. Метастазирующем раке

4. Внутрисосудистом гемолизе

**5.** Отторжение трансплантанта

**9. ДВС с преобладанием сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза развивается при патологических процессах, кроме**

1.Инфекционных болезнях

**2.** Верно 1,3,5

3.Аутоиммунных заболеваниях

4. Верно 3,5

5. Реакции отторжения трансплантанта

**10. Внутрисосудистое свертывание крови возникает при инфекционных заболеваниях в результате, кроме**

1. воздействия эндотоксинов

2. Воздействия комплексов антиген-антитело

**3.** незавершенного фагоцитоза

4. Непосредственного повреждения эндотелия сосудов

5. Активации тромбоцитов и фактора Хагемана

**11. ДВС с одинаковой активностью и прокоагулянтного и сосудисто-**

**тромбоцитарного звеньев гемостаза развивается при патологических процессах, кроме**

1.Экстракорпоральное кровообращение

2. Ожоги

3.Острый лейкоз

4. Шок

**5.** Метастазах рака

**12. К стадиям развития ДВС-синдрома относят все перечисленные, кроме**

1. Гиперкоагуляции.

2. Коагулопатия потребления.

3. Активация фибринолиза.

**4**. Коллагенизация фибрина

5. Стадия остаточных явлений.

**13. Назовите основной морфологический признак стадии гиперкоагуляции**

**1**. Множественные микротромбы различного строения

2. Снижение содержания фибриногена, протромбина

3. Уменьшение количества тромбоцитов и их агрегация

4. Частичное удаление эндотелием и лейкоцитами микротромбов

5. Развитие геморрагического синдрома

**14. Характерные признаки стадии коагулопатии потребления, кроме одного**

**1.** Множественные микротромбы различного строения

2. Снижение содержания фибриногена, протромбина

3. Нити фибрина в синусоидах печени и селезенки

4. Частичное удаление эндотелием и лейкоцитами микротромбов

5. Уменьшение количества тромбоцитов и их агрегация

**15. Наиболее характерные морфологические признаки стадии активация фибринолиза, кроме одного**

1.Профузные кровотечения

**2.** Усиленный тромбогенез

3. Многочисленные «гиалиновые» микротромбы

4. Восстановление проходимости сосудов мироциркуляции

5. Неполноценные свертки фибрина

**16. Факторы, определяющие клиническое течение ДВС-синдрома**

1. Степень нарушения кровотока в микроциркуляторном русле

различных органов

2.Дисфункция паренхиматозных органов на фоне дистрофии и некроза

**3.** Верно 1,2,5

4. Верно2, 5

5. Интенсивность и распространенность геморрагического синдрома

**17. Острый ДВС-синдром характеризуется**

1. Генерализованным характером

**2.** Верно 1,3, 5

3. Шоковым состоянием

4. Верно 3, 5

5. Быстрым поступлением в кровоток тромбопластина

**18. Острый ДВС-синдром возможен при**

1. Эмболии околоплодными водами

2. Переливании несовместимой крови

3. Жировой эмболии (переломы трубчатых костей)

4. Обширных хирургических операциях

**5.** Верны все ответы

**19.** **Развитие острой недостаточности функции органов**  **при остром ДВС-синдроме связан с**

1. Гнойным воспалением

**2**.Окклюзией микроциркуляторного русла тромбами

3. Наложением фибрина

4. Профузным кровотечением

5. отеком легкого

**20. Возможные причины развития подстрой формы ДВС-синдрома**

1. Злокачественные новообразования

2. Лейкозы

3. Реакции отторжения пересаженных органов

**4.** Все ответы верны

5. Введение эстрогенсодержащих оральных контрацептивов

**21. Возможные причины развития хронической формы ДВС-синдрома**

1.Аутоиммунные заболевания

2.Ревматические болезни

3. Миелоидные лейкозы и злокачественные новообразования

4. Гигантские гемангиомы

**5.** Все ответы верны

**22.Морфология и морфогенез ДВС-синдрома обусловлены факторами**

1. Основным заболеванием

2. Пусковыми механизмами

**3.** Все ответы верны

4. Длительностью процесса

5. Лечебными мероприятиями, проводимыми по поводу коагулопатии

**23. Морфологические проявления ДВС-синдрома**

1. Микротромбы, некрозы, кровоизлияния

2. Некрозы

3.Кровоизлияния

4. Все ответы неверны

**5.** Все ответы верны

**Эталоны ответов к тестам по теме: «ДВС-синдром»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ответ** | **№** | **Ответ** | **№** | **Ответ** | **№** | **Ответ** |
| **1** | 5 | **7** | 4 | **13** | 1 | **19** | 2 |
| **2** | 3 | **8** | 5 | **14** | 1 | **20** | 4 |
| **3** | 4 | **9** | 2 | **15** | 2 | **21** | 5 |
| **4** | 5 | **10** | 3 | **16** | 3 | **22** | 3 |
| **5** | 5 | **11** | 5 | **17** | 2 | **23** | 5 |
| **6** | 1 | **12** | 4 | **18** | 5 |

**«Острый коронарный синдром»**

1. **Причины развития инфаркта миокарда**
2. Тромбоз
3. Тромбоэмболия
4. Ревматизм сердца
5. Верно1, 2, 5
6. Длительный спазм
7. Рестриктивная кардиомиопатия
8. **Локализация инфаркта миокарда при обтурации нисходящей коронарной артерии**
9. Передняя стенка левого желудочка
10. Задняя стенка левого желудочка
11. Боковая стенка левого желудочка
12. Межжелудочковая перегородка
13. Верхушка сердца
14. **Локализация инфаркта миокарда при обтурации огибающей ветви левой коронарной артерии**
15. Боковая стенка левого желудочка
16. Передняя стенка левого желудочка
17. Задняя стенка левого желудочка
18. Верхушка сердца
19. Межжелудочковая перегородка
20. **Предпосылки развития геморрагических инфарктов миокарда**

 1. Патология свертывающей системы (гемобластозы, гиповитаминозы – С)

2. Применением в острейшей фазе заболевания тромболитической терапии

3. Восстановление проходимости коронарной артерии хирургическим путем

4. Спонтанная реканализация тромба

5. Все ответы верны

1. **Макроскопические пробы** ишемической фазы инфаркта миокарда 40 мин - 3 часа от начала приступа ишемии
2. Судан III
3. Фиксация 10% формалин
4. Конго рот
5. Альциановый синий
6. Фиксация 10º спиртом
7. **Микроскопически ишемическая фаза инфаркта миокарда 40 мин - 3 часа**
8. **С**тирание поперечной исчерченности в мышечных волокнах
9. Контрактуры мышечных волокон
10. Лейкоцитарная инфильтрация
11. Тромбозы сосудов микроциркуляции
12. Полнокровие полых вен

 **7. Микроскопически фаза некроза 4 - 5 часов от приступа ишемии**

1. Выраженный отек интерстиция
2. Начало лизиса ядер отдельных кардиомиоцитов
3. Контрактуры мышечных волокон
4. Очаговый некроз кардиомиоцитов
5. Формирование демаркационной зоны

**8.Микроскопически фаза некроза 6 - 23 часа от приступа ишемии**

1. Сегментарные контрактуры, единичные лейкоциты в строме
2. Начало лизиса ядер отдельных кардиомиоцитов
3. Исчезновение поперечной исчерченности мышечных волокон
4. Первично глыбчатый распад, гомогенизация мышечных волокон
5. Отек интерстиция не выражен

**9.Микроскопически фаза некроза 24 - 47 часооов от приступа ишемии**

1. Сегментарные контрактуры
2. Гомогенизация и дегидратация мышечных волокон
3. Очаговый некроз кардиомиоцитов
4. Обильная нейтрофильная инфильтрация без формирования пограничного лейкоцитарного вала
5. Спонтанная реканализация тромба

**10.Гистологические признаки фазы некроза давностью 2-3 дня**

1. Лейкоцитарный вал, окаймляющий зону некроза
2. Нейтрофильные лейкоциты с выраженным кариорексисом
3. Свободно лежащие глыбки ядер лейкоцитов
4. Сегментарные контрактуры
5. Начало лизиса ядер отдельных кардиомиоцитов

**11.Гистологические признаки** **фазы миомаляции**

1. Грануляционная ткань
2. Обширные зоны практически бесструктурных белковых масс,
3. Крупные макрофаги, содержащие обломки мышечных волокон
4. Лимфолейкоцитарный инфильтрат по периферии некроза
5. Большое скопление фибробластов

**12.Гистологические признаки** **фазы организации 7 - 13 дней**

1. Мелкие островки некротизированных мышечных волокон
2. Фиброзная ткань хорошо развита
3. Активно фагоцитирующие макрофаги, много фибробластов, лимфоцитов и плазмоцитов
4. Отложение большого количества гемосидерина
5. По периферии инфаркта – полоска грануляционной ткани

**13.Гистологические признаки** **фазы организации 2 - 3 недели**

1. Активное формирование грануляционной ткани, созревание сосудов синусоидного типа
2. Выраженный клеточный инфильтрат из пигментированных макрофагов, лимфоцитов, плазмоцитов, фибробластов и фиброцитов
3. Появляются коллагеновые волокна, формирующие тонкие, пока еще короткие пучки.
4. Все ответы верны
5. Все ответы неверны

**14.Гистологические признаки** **фазы организации 3 - 4 недели**

1. Зрелые коллагеновые волокна
2. Сосуды синусоидного типа
3. Клеточный инфильтрат не выражен
4. Гомогенные некротизированные мышечные волокона
5. Все ответы верны

**15. Гистологические признаки** **замершего" инфаркта на 2-3 недели**

1. Наличие гомогенных некротизированных мышечных волокон
2. Грануляционная ткань
3. Все ответы верны
4. Малое количество свободных клеточных элементов
5. Выраженный клеточный инфильтрат из пигментированных макрофагов, лимфоцитов, плазмоцитов, фибробластов и фиброцитов

**16.Гистологические признаки** **замершего" инфаркта на 3-4 недели**

1. Некротизированные мышечные массы без лейкоцитов
2. Зрелая соединительная ткань с коллагеновыми волокнами
3. Сосуды типа синусоидов
4. В периферической зоне макрофаги, лимфоциты, фибробласты, плазмоциты
5. Все ответы не верны

**17.Назовите формы кардиогенного шока**

1. Ареактивная форма
2. Рефлекторная форма
3. Все ответы верны
4. Аритмическая форма
5. Миогенная форма

**18.Гистологические признаки аритмической формы кардиогенного шока**

1. Очаговая или распространенная фрагментация мышечных волокон
2. Резкое полнокровие вен и капилляров миокарда
3. Пересокращение миокарда
4. Распространенные сегментарные контрактуры мышечных волокон
5. Малокровие вен и спадение капилляров миокарда

**19.Перечислите признаки ареактивной формы кардиогенного шока**

1. Развертывается в течение первых минут очаговой ишемии миокарда
2. Развивается вследствие нарушения ритма и проводимости
3. Развивается вследствие неадекватной лекарственной терапии
4. Обусловлена сбоем нейрогуморальной регуляции
5. Дисбалансом в функционировании компонентов системы кровообращения

**20.Перечислите признаки миогенной формы кардиогенного шока**

1. Развивается от первых до 5 суток инфаркта
2. Малокровие вен и спадение капилляров миокарда
3. Дилятация и полнокровие полостей сердца
4. «Шоковые» почки и отек легких
5. Полнокровие сосудов легких и кишечника

**21.Гистологические изменения сердца при** **миогенной форме кардиогенного шока**

1. Очаговая или распространенная фрагментация мышечных волокон
2. Все ответы верны
3. Небольшие периваскулярные экстравазаты
4. Слущивание эндотелиоцитов в артериальном колене сосудистого русла с формированием эмболов
5. Резкое полнокровие интрамиокардиальных вен и синусов

**22.Ранние осложнения трансмурального инфаркта миокарда**

1. Синдром Дресслера
2. Аневризма сердца
3. Кардиогенный шок
4. Застойная сердечная недостаточность
5. Гемоперикард

**23. Чем характеризуется внезапная коронарная смерть:**

1. наступила в присутствии свидетелей мгновенно или в течение 6 часов после возникновения первых угрожающих симптомов.
2. перед наступлением смерти состояние больных оценивалось окружающими как стабильное и не вызывающее серьезных опасений.
3. смерть произошла при обстоятельствах, исключающих другие ее причины (насильственная смерть, травмы, другие смертельные заболевания.
4. все утверждения неверны.

**24. Наиболее частая причина внезапной коронарной смерти на фоне коронаросклероза:**

1. тромбоз коронарных артерий
2. спазм коронарных артерий
3. эмболия коронарных артерий
4. все ответы верны

**25. Что является ключевым в спазме коронарных артерий:**

1. гиперкатехоламинемия
2. гиперлипидемия
3. диспротеинемия
4. все ответы верны

**26. Перечислите клинические симптомы внезапной коронарной смерти:**

1. отсутствие дыхания
2. отсутствие пульса
3. отсутствие сознания
4. расширенные зрачки и отсутствие их реакции на свет

**27. Что относится к факторам риска внезапной коронарной смерти:**

1. артериальная гипертензия
2. гиперхолестеринемия
3. сахарный диабет
4. ожирение
5. курение

**28. У кого внезапная коронарная смерть встречается чаще:**

1. у женщин
2. у мужчин

**29. Мужчины какого возраста чаще подвержены внезапной коронарной смерти:**

1. до 40 лет
2. 40-60 лет
3. 60-80 лет
4. Более 80 лет

**30. Патологическая картина внезапной коронарной смерти. Выбрать характерные признаки:**

1. Стенотическое поражение основных стволов коронарных артерий
2. Кровоизлияние в атеросклеротические бляшки
3. Тромбоз коронарных артерий
4. небольшие пристеночные тромбы

Эталоны ответов по теме: «Острый коронарный синдром»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответы** | **№** | **ответы** | **№** | **ответы** | **№** | **ответы** | **№** | **ответы** |
| **1** | 1 2 5 | **7** | 2 | **13** | 4 | **19** | 1 4 5 | **25** | 1 |
| **2** | 1345 | **8** | 1 3 4 | **14** | 1 2 3 | **20** | 1 3 5 | **26** | 1,2,3,4 |
| **3** | 3 5 | **9** | 1 2 4 | **15** | 1 2 4 | **21** | 3 4 5 | **27** | 1,2,3,4,5 |
| **4** | 5 | **10** | 1 2 3 | **16** | 1 234 | **22** | 3 5 | **28** | 2 |
| **5** | 1 2 5 | **11** | 2 3 4  | **17** | 3 | **23** | 4 | **29** | 2 |
| **6** | 1 | **12** | 1 3 5 | **18** | 1345 | **24** | 2 | **30** | 1,2,3,4 |

**«Шок»**

1. **«Шоковое легкое» развивается в следствии**
2. Первичного нарушения микроциркуляции в сосудах легких

2. Наличия пневмонического очага

**3**. Повреждения стенок альвеол

4. Вторичного туберкулеза легких

**5**. Увеличения альвеолярно-капиллярной проницаемости

**2. Причины развития респираторного дистресс-синдрома  взрослых**

1. Бронхиолит

**2**. Эклампсия

3. Диффузная обструктивная эмфизема

**4**. Эмболия околоплодными водами во время родов

**5**. [Травматический шок](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/31416) с массивной кровопотерей

**3. Эмболизация микрососудов легких может быть обусловлена**

1. Микросгустками донорской крови

2. Верно 1,3

 3. Каплями нейтрального жира

**4**. Верно 1,3,5

5. Частицами поврежденных тканей

**4. Дистресс-синдром респираторный взрослых сопровождается**

1. Некрозом эпителия канальцев

**2.** Острой дыхательной недостаточностью

 3.Гиперлипидемией

**4.** Гипоксемией

**5.** Нарушениями газообмена в легких

**5. Патогенез респираторного дистресс-синдрома новорожденных**

1. Диспротеинемия

2. Геморрагический синдром

**3**. Недостаточное содержание сурфактанта в альвеола

**4**. Незрелость легочной ткани

5. Муковисцидоз

 **6. Факторы, играющие роль в развитии дистресс-синдрома новорожденных**

1. Высокая [концентрация](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/14927) кислорода в длительно вдыхаемой смеси
2. [Вливание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/6503) больших количеств лекарственных жидкостей
3. [Вливание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/6503) донорской крови со сроком хранения свыше 6 суток

4. Бактериальная инфекция

5. Муковисцидоз

**7. Для респираторного дистресс-синдрома взрослых характерно**

1. Типичная клиническая картина не характерна

2. Молниеносное развитие патологических изменений

 **3.** Стадийность развития патологических изменений

**4.** Характерна типичная клиническая картина

**5**. Прогрессирующая острая  дыхательная недостаточность

 **8. Морфологические признаки  I стадии**  **дистресс-синдрома**

**1.** Диффузный интерстициальный отек

2. Поражение  эндотелия капилляров

3. Микроателектазы

4. «Гиалиновые мембраны»

5. Деструктивные изменения  легочной ткани

**9. Морфологические признаки  II стадии**  **дистресс-синдрома**

1. Диффузный интерстициальный отек

2. «Гиалиновые мембраны

3. Кровоизлияния

 4. Опеченение легкого

**5**. Очаговый отек легких

 **10. Морфологические признаки  III стадии**  **дистресс-синдрома**

1. Диффузный интерстициальный отек

**2.**  В просвете альвеол плазменный фибриноген с разрушающимся сурфактантом

3. Скопление гемосидерина

**4.** В альвеолах фибринозный экссудат, форменными элементами крови

 **5.** «Гиалиновые мембраны»

 **11. Морфологические признаки  I V стадии**  **дистресс-синдрома**

**1.** Выраженный воспалительный процесс легочной ткани

**2.** Опеченение легких

3. Специфические деструктивные изменения  легочной ткани

 4. «Гиалиновые мембраны»

**5.** Неспецифические деструктивные изменения  легочной ткани

**12. Развитие острой почечной недостаточности возможно при**1) Ишемии почек

2) Прямом токсическом воздействии на канальцы лекарств, миоглобина, радиации

**3)** Все ответы верны

4) ДВС- синдроме

5) Обструкции мочеточников

**13. Стадии некротического нефроза**1. Начальная стадия;
2. Олигоанурическая стадия;
3. Полиурическая стадия;
4. Стадия выздоровления
**5.** Все ответы верны

**14. Причины возникновения «шоковой почки» могут явиться**

1.Ожоговая болезнь

**2.** Все ответы верны

3. Непроходимость кишечник,

4. Септическое состояние после родов или абортов

5. Тяжелые инфекционные заболевания

 **15. Развитие «шоковой почки» происходит в результате** 1. Нарушения почечного кровообращения
 2. Закупорки просвета клубочков слущенным эпителием
 **3.** Все ответы верны
 4. Повреждение почечного нефрона бактериальными токсинами и токсическими

 веществами
 5. Верны 2,5

**16. Уремия развивается вследствии**

1. Гнойного воспаления

**2**.Олигурии и анурии

**3.** Уменьшение фильтрации воды в почечных канальцах

 4. Лимфоидной инфильтрации интерстиция

 **5**. Некроза эпителия канальцев

 **17. Морфологическая основа гепатозов**

1) дистрофия гепатоцитов

2) некроз гепатоцитов

3) воспалительные процессы в печени

4) пилефлебит

1. **Стадия желтой дистрофии при массивном прогрессируюшем некрозе печени занимает**

1) первые 2 недели заболевания

2) вторые 2 недели заболевания

3) длится 4 недели

**19. Морфологическая картина токсической дистрофии печени на стадии желтой дистрофии**

1) некроз и аутолиз гепатоцитов

2) оголение полнокровных синусоидов печени

3) фагоцитоз и резорбция детрита

4) оголение ретикулярной стромы и ее спадение

5) образование жиробелкового детрита

 **20. Морфологическая картина токсической дистрофии печени на стадии красной дистрофии**

1) некроз и аутолиз гепатоцитов

2) оголение полнокровных синусоидов печени

3) фагоцитоз и резорбция детрита

4) оголение ретикулярной стромы и ее спадение

5) образование жиробелкового детрита

**21. Морфологические признаки токсической дистрофии**

1) уменьшение размеров печени

2) наложения фибрина на капсуле

3) обширные некрозы гепатоцитов

4) амилиодоз стромы органа

5) зернистая поверхность

6) увеличение размеров печени

7) дряблая консистенция печени

 **22.Исходы** **токсической дистрофии**

1) портальный цирроз печени

2) постнекротический цирроз печени

3) билиарный цирроз печени

4) мускатный цирроз печени

**23. Признаки злокачественной формы вирусного гепатита**

1) преобладание крупнокапельной жировой дистрофии гепатоцитов

2) обнажение ретикулярной стромы и синусоидов

3) массивный некроз долек печени

4) некроз единичных гепатоцитов

5) клеточный атипизм гепатоцитов

**24. Признаки печеночно-целлюлярной недостаточности**

1) гиперальбуминемия

2) желтуха

3) энцефалопатия

4) гепаторенальный синдром

5) коагулопатия

**Эталоны ответов к тестам по теме: «Шок».**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ответ** | **№** | **Ответ** | **№** | **Ответ** | **№** | **Ответ** |
|  | 1,3,5 |  | 3, 4, 5 |  | 5 |  | 1, 5 |
|  | 2,4,5 |  | 1, 2 |  | 2 |  | 2, 3, 4 |
|  | 4 |  | 5 |  | 3 |  | 1, 3, 7 |
|  | 2, 4,5 |  | 2, 4, 5 |  | 2, 3, 5 |  | 2 |
|  | 3,4 |  | 1, 2, 5 |  | 1, 2 |  | 2, 3 |
|  | 1, 2, 3 |  | 3 |  | 1 |  **24.** | 2,3, 4,5 |

 **«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. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **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, в форме тестирования).

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

**5 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**4 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Виды острой остановки кровообращения: фибрилляция, асистолия, электромеханическая диссоциация.

2. Предвестники острой остановки кровообращения: клинические и ЭКГ-предвестники.

3. Тактика при развитии предвестников острой остановки кровообращения.

4. Патогенез и механизмы острой остановки кровообращения.

5. Клинические признаки острой остановки кровообращения.

6. Базовая СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых и детей.

7. Методика проведения базовой СЛР у взрослых: непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей.

8. Виды острой остановки кровообращения: фибрилляция, асистолия, электромеханическая диссоциация.

9. Предвестники острой остановки кровообращения: клинические и ЭКГ-предвестники.

10. Тактика при развитии предвестников острой остановки кровообращения.

11. Патогенез и механизмы острой остановки кровообращения.

12. Клинические признаки острой остановки кровообращения.

13. Базовая СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых и детей.

14.Методика проведения базовой СЛР у детей: непрямой массаж сердца, восстановление проходимости верхних дыхательных путей.

15, Критерии эффективности.

16. Ошибки при проведении базовой СЛР.

17. Осложнения СЛР.

18.Трехфазная временная модель внезапной сердечной смерти.

19.Ситуации, при которых не проводится СЛР.

20.Правила прекращения реанимационных мероприятий.

 21. Методика проведения базовой СЛР у детей: восстановление проходимости верхних дыхательных путей.

 22. Методы восстановление проходимости дыхательных путей:

 - тройной метод Сафара;

 - введение воздуховода;

 - введение эзофаготрахеальной трубки (комбитьюб);

 - выполнение коникотомии;

 - удаление инородных тел верхних дыхательных путей.

23. Клинические признаки внезапной остановки кровообращения.

24.Расширенная СЛР: понятие, алгоритм проведения у взрослых.

25.Расширенная СЛР: понятие, алгоритм проведения у детей.

26.Методика проведения расширенной СЛР у взрослых.

27.Методика проведения расширенной СЛР у детей.

28.Фармокологическая терапия: препараты, показания, дозы, алгоритм введения, способы введения, противопоказания.

29.Критерии эффективности.

30.Ошибки при проведении расширенной СЛР.

31.Дефибрилляция: основные принципы работы дефибриллятора, виды, методика проведения дефибрилляции.

32.Поддержание проходимости дыхательных путей на этапе расширенной СЛР (интубация трахеи, применение трахеально- пищеводных воздуховодов, трахео- или коникотомия).

33.Осуществление венозного доступа: периферический венозный доступ, доступ к верхней и нижней полым венам.

34.Клинические проявления при токсическом, травматическом, геморрагическом, анафилактическом шоке, септическом, гиповолемическом.

- виды;

- патогенез.

35.Алгоритм первой врачебной помощи.

36.Первая врачебная помощь при утоплении, астматическом статусе при бронхиальной астме, комах при сахарном диабете.

37.Экстренная помощь при сердечной астме, отеке легких, экстренная помощь при нарушениях ритма сердца и проводимости (трепетания предсердий, фибрилляции желудочков, асистолии), обмороке, коллапсе.

38.Экстренная помощь при гипертоническом кризе.

39.Биопсия. Виды биопсий.

40.Особенности клинико-анатомического исследования биоптатов.

41.Особенности клинико-анатомического анализа операционного материала и последов.

42.Сроки исследование присланных кусочков ткани:

 а) экстренных биопсий,

 б) диагностических биопсий и операционного материала,

 г) обработки костной ткани и биопсий, требующих дополнительных методов окраски и консультации высококвалифицированных специалистов.

 43. Выбор фиксатора с учетом особенностей материала, взятого для исследования.

 44. Правила и особенности составления патологоанатомического заключения (диагноза) на основе комплексного морфологического исследования биопсийно-операционного материала и последов.

45.Цель патологогистологических и цитологических исследований.

46. Правила описания и вырезки операционного материала

- аноректальной области;

- при заболеваниях органов половой системы (шейка матки; полость матки; полное диагностическое выскабливание; аспирационная биопсия; биопсия яичка);

- при диагностике заболеваний печени;

- при диагностике заболеваний органов дыхания;

- при диагностике заболеваний мягких тканей и суставов;

- при диагностике заболеваний органов кроветворения;

- при диагностике заболеваний мочевыводящей системы.

47.Цели, задачи и виды морфологического исследования биологического материала. Основные правила забора и направления на цито-гистологическое исследование.

48.Формы бланков-направлений на цито-гистологическое исследование и правила их заполнения.

49.Правила и особенности составления патологоанатомического заключения (диагноза) на основе комплексного морфологического исследования биопсийно-операционного материала и последов.

50.Медицинская документация патологоанатомического отделения по прижизненной морфологической диагностике.

51.Функции и принципы формулирования диагноза. Нозологическая единица и нозологический принцип в формулировании диагноза.

52. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза

53. Структура диагноза, диагностические категории.

Правила построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

 54. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: правила и место в клинико-анатомическом анализе.

 55.Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

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

Ситуационные задачи.

**Ситуационная задача №1**

 У мужчины 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отёки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, значительное расширение границ сердца, выбухание в области передней стенке левого желудочка и верхушки сердца. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступили потеря сознания и смерть. *При вскрытии:* в левом полушарии головного мозга, в области подкорковых ядер виден патологический очаг размягчения неправильной формы, представленный кашицеобразными массами серого цвета. Сердце массой 360 гр., эпикард тонкий блестящий, полости левого и правого желудочков расширены, с толщиной миокарда левого желудочка до 1 см. В передней и нисходящей ветвях левой коронарной артерии фиброзные бляшки стенозирующие просвет. Область передней стенке левого желудочка и верхушки сердца представлена плотной рубцовой тканью толщиной 0,3 см с выраженным мешковидным выпячиванием и тромботические массами в полости. Почки и печень увеличены с выраженным венозным застоем. *Микроскопически* в ткани головного мозга очаг некроза, с перицеллюлярным и периваскулярным отеком по периферии, диапедезными кровоизлияниями. В миокарде крупное поле, представленное зрелой волокнистой соединительной тканью, наличие организованных и свежих тромботических масс.

1. Назовите основное заболевание, его форму.

2. Назовите осложнение основного заболевания.

3. Определите вероятную причину осложнения.

4. Назовите заболевание, патогенетически связанное с основной патологией.

5. Назовите причину смерти.

 **Ситуационная задача №2**

 Мужчина 35 лет заболел остро. Появились тупые ноющие боли в области сердца, умеренные отеки ног. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности.

*При вскрытии:* В легких венозный застой, с поверхности разреза стекает пенистая жидкость. Сердце массой 360,0 гр., стенки левого желудочка дряблые, полость расширена. По краю створок митрального клапана видны мелкие гранулярные наложения в виде «бородавок», величиной 0,5см, темно-коричневого цвета. На поверхности эпикарда нежные шероховатые наложения в виде нитей серого цвета.

*Микроскопически* в створках митрального клапана деструкция эндотелия, с наложением тромботических масс. В миокарде интерстиций отечный, полнокровный, инфильтрирован лимфоцитами с примесью эозинофилов, с очагами фибриноидного некроза, вокруг которого палисадообразно расположенны крупные макрофаги с резко базофильными ядрами. В строме диффузное разрастание соединительной ткани, преимущественно вокруг склерозированных сосудов. Эпикард отечен, с гиперемией сосудов, наложениями фибрина. В просветах всех альвеол эозинофильное содержимое с примесью макрофагов и слущенного эпителия.

1. Назовите основное заболевание, его форму.

2. Назовите осложнение основного заболевания.

3. Объясните механизм развития осложнения.

4. Назовите преобладающий вид продуктивного воспаления в миокарде.

5. Непосредственную причину смерти.

**Ситуационная задача №3**

 Труп мужчины 55 лет. Смерть наступила дома, ночью, в постели. В больницу за медицинской помощью обращался около трех лет назад по поводу острого бронхита.

*При вскрытии* в интиме аорты умеренное количество пятен и бляшек желтоватого и белесоватого цветов. Сердце массой 365 гр., с толщиной миокарда левого желудочка 1,5 см., правого - 0,4 см. Эндокард гладкий, белесоватый, блестящий. Венечные артерии с выраженным склерозом, в огибающей ветви левой коронарной артерии бляшка с кровоизлиянием и тромботическими массами в просвете. В задней стенке левого желудочка и заднем отделе межжелудочковой перегородки определяется очаг неравномерного кровенаполнения. В легких перибронхиальное разрастание соединительной ткани, в паренхиме умеренный склероз, стенки бронхов утолщены, в просвете слизисто-гнойное содержимое. *Микроскопическое исследование:* в миокарде фрагментация мышечных волокон, в левой коронарной артерии атеросклеротическая бляшка с обтурирующим тромбом. В слизистой оболочке бронхов гиперплазия желез и бокаловидных клеток, в стенке бронхов и паренхиме легких склероз.

1. Назовите основное заболевание, его форму.

2. Назовите непосредственную причину его развития.

3. На фоне, какого заболевания развилась данная патология.

4. Назовите непосредственную причину смерти.

5. Назовите сопутствующее заболевание.

**Ситуационная задача №4**

 Труп женщины 58 лет из кардиологического отделения.

*При вскрытии* головной мозг отечный, массой 1250 гр., миндалины мозжечка неравномерно увеличены. В аорте небольшое количество атеросклеротических пятен и бляшек. Сердце массой 420,0 гр., толщина миокарда левого желудочка 1,6 см., правого -0,5 см. Венечные артерии с выраженным склерозом, в передней нисходящей ветви коронарной артерии фиброзная бляшка, стенозирующая просвет. Миокард в области верхушки сердца, передней стенки левого желудочка и частично межжелудочковой перегородки желтовато-белого цвета, дряблой консистенции, с кровоизлияниями по периферии. В других отделах сердечной мышцы очаговые прослойки белесоватой ткани. Почки незначительно уменьшены в размерах, поверхность их крупнобугристая, с клиновидными участками субкапсулярной атрофии паренхимы. Консистенция плотная, на разрезе почечный рисунок относительно сохранен.

*При микроскопическом исследовании:* в миокарде зона некроза мышечных клеток, по периферии расширенные полнокровные тонкостенные сосуды, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами. В почках гиалиноз клубочков, умеренная атрофия канальцев с замещением фиброзной тканью, отдельные нефроны гипертрофированы, в ветвях почечной артерии умеренно выраженный склероз.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите вероятную причину развития заболевания.

3.На фоне, какого длительно текущего заболевания, развилась данная патология.

4.Назовите морфологический субстрат поражения почек.

5.Объясните, что означает «первично сморщенная почка».

**Ситуационная задача №5**

 Труп мужчины 62 лет. Из истории болезни известно, что находился в стационаре по поводу сердечной недостаточности, умер ночью, «внезапно».

При вскрытии отеки ног, акроцианоз, венозное застойное полнокровие мягкой мозговой оболочки. Легкие увеличены в размерах, бурого цвета, плотной консистенции, на разрезе видны прослойки белесоватой ткани. Сердце массой 349 гр., эпикард тонкий блестящий, полости левого и правого желудочков дилатированы, выполнены рыхлыми красными посмертными свертками крови, толщина миокарда левого желудочков 0,9 см., правого 0,3 см. Передне-боковая стенка левого желудочка представлена плотной рубцовой тканью толщиной 0,3 см. с выраженным мешковидным выпячиванием. Почки и печень с выраженным венозным застоем.

*Микроскопически:* в миокарде разрастание соединительной ткани с гипертрофией кардиомиоцитов по периферии, мышечные волокна атрофированные с отложением липофусцина. В легочной ткани -альвеолах, в просвете бронхов, в альвеолярных перегородках и перибронхиальной соединительной ткани клетки нагруженные гемосидерином. Вокруг бронхов и сосудов и в альвеолярных перегородках разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание, форму.

2.Назовите патологические процессы в легких, причину их развития.

3.Объясните механизм развития патологических изменений в легких.

4.Назовите причину смерти больного.

**Ситуационная задача №6**

 Труп женщины 78 лет. Из истории болезни: подобрали на улице без сознания. Правая сторона тела парализована. Пробыла в стационаре 4 суток, не приходя в сознание скончалась.

*При вскрытии:* сердце массой 339 гр., толщина миокарда левого желудочка 1,6 см., правого 0,4 см., полости желудочков обычные Артерии основания головного мозга с выраженным атеросклерозом, наличием желтых пятен, фиброзных бляшек и бляшек на стадии атероматоза и изъязвления. В бассейне левой средней мозговой артерии в области подкорковых центров очаг кровоизлияния размерами 5см\*6см\*4 см с разрушением вещества мозга. Почки обе массой 322 гр., обычной формы с венозным полнокровием.

*Микроскопически.* В головном мозге очаг кровоизлияния без организации, периваскулярный и перицеллюлярный отек, гиалиноз артериол. В почках гиалиноз отдельных клубочков, умеренный нефросклероз.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите наиболее вероятную причину развития заболевания.

3.На фоне какого длительно текущего заболевания оно возникло.

4.Назовите причину смерти больного.

5.Дайте определение инсульту.

**Ситуационная задача №7**

 Труп женщины 67 лет. Из истории болезни: привезли из дома без сознания с параличом левой половины тела, через 3 суток стала отвечать на вопросы, но паралич сохранился. Пробыла в стационаре неделю. За двое суток до смерти появилась одышка, фебрильная температура.

*При вскрытии:* сердце массой 298 гр., толщина миокарда левого желудочка 1,3 см., правого 0,3 см., полости сердца обычные. Аорта с большим количеством атеросклеротических пятен и бляшек. В артериях основания головного мозга прогрессирующий атеросклероз. Мозг массой 1243 гр., в правой теменной области в коре и подкорковой области очаг размягчения белого цвета неправильной формы, по периферии пропитанный кровью. В нижних долях обеих легких очаги уплотнения красного цвета. Почки обе 300 гр., с грубыми рубцовыми втяжениями, уменьшены в размерах, поверхность их крупнобугристая, консистенция плотная.

*Микроскопически* в головном мозге очаг повреждения представлен некротической тканью, на границе со здоровой тканью, петехиальные кровоизлияния, интра- и перицеллюлярный отек. В очагах уплотнения легких полнокровие, в просвете альвеол экссудат преимущественно с нейтрофильной инфильтрацией. В почках гиалиноз отдельных клубочков, умеренная атрофия канальцевого аппарата, в строме разрастание соединительной ткани, склероз артерий.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите патогенетический вариант основного заболевания.

3.Назовите осложнение основного заболевания.

4.Объясните механизм развития осложнения.

5.Назовите сопутствующие заболевания.

**Ситуационная задача №8**

 Труп мужчины на вид около 60 лет с выраженным диффузным акроцианозом, отеками ног. Мягкая мозговая оболочка с венозным застойным полнокровием. Сердце массой 310 гр., толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого 0,6 см. Полости правого предсердия и желудочка расширены, переполнены красными посмертными свертками крови. Плевральные полости облитерированы. В легких стенки бронхи резко утолщены, не спадаются и выступают над поверхностью разреза в виде «гусиных перьев», в просвете слизисто-гнойное содержимое, перибронхиальное, периваскулярное разрастание соединительной ткани. Верхушки легких повышенной воздушности, в базальных отделах - тонкостенные пузыри. Печень увеличена, плотная, пестрого вида- на коричнево-желтоватом фоне красные вкрапления. В селезенке и почках венозное полнокровие. *Микроскопически:* в просвете бронха лейкоциты, слизь, фибрин, эпителий местами слущен, местами с признаками плоскоклеточной метаплазии, *в* подслизистом слое - склероз, диффузный лимфо-макрофагальный инфильтрат с примесью нейтрофилов, слизистые железы гиперплазированы. Просветы респираторных бронхиол и альвеол расширены, альвеолярные перегородки выпрямлены, истончены, местами разрушены образующие полости. Стенки сосудов утолщены, склерозированы. Мышечные волокна правого сердца с гипертрофией кардиомиоцитов, склерозом стромы. В печени венозное полнокровие, жировая дистрофия гепатоцитов, кровоизлияния в центре печеночных долек.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Объясните механизм развития осложнений.

4 Клинико-морфологические проявления правожелудочковой недостаточности.

5.Назовите причину смерти больного.

**Ситуационная задача №9**

 Труп мужчины 32 года. Из истории болезни известно, что злоупотребляет алкоголем, заболел остро, поднялась температура до 39° С, в стационар поступил на 3 день заболевания. На 9 день пребывания в стационаре у него появилась обильная мокрота с запахом. Смерть от острой сердечной недостаточности.

*При вскрытие*: головной мозг массой 1227 гр., сердце массой 310 гр., дряблой консистенции, тусклого вида с расширенными полостями, толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого - 0,3 см. Обе верхние доли легких уплотнены до печеночной консистенции, серовато-красные. В центрах обеих долей формирующиеся вследствие распада тканей полости, содержащие жид­кий коричневого цвета зловонный гной.

*Микроскопически*: в просвете альвеол легких большое количество распадающихся нейтрофилов, эритроцитов, фибрин; ткань из центральных долей некротизирована, распадающаяся. В сердце фрагментация миокардиоцитов, отек стромы, нарушение в сосудах микроциркуляции.

1.Назовите основное заболевание, его стадию.

2.Назовите возникшее легочное осложнение.

3.Перечислите возможные причины и механизм развития осложнения.

4.Чем объясняется развитие патологических изменений в сердце.

5.Назовите возможные причины смерти при прогрессировании заболевания.

**Ситуационная задача № 10**

 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 № 11**

 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 № 12**

 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 № 13**

 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 №14**

 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 №15**

 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 №16**

 Мужчина 35 лет с жалобами на чувство тяжести и полноты в эпигастральной области, тошноту, позывы к рвоте, схваткообразные боли в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами, видны множественные мелкие дефекты слизистой оболочки черного цвета. Произведена фиброгастроскопия со взятием слизистой оболочки желудка*. Микроскопически:* слизистая оболочка покрыта слизистым экссудатом с примесью нейтрофилов и слущенного покровного эпителия, имеются участки некроза не захватывающие мышечную пластинку слизистой оболочки. В подслизистом слое -отёк, полнокровие сосудов, диапедезные кровоизлияния и значительная нейтрофильная инфильтрация.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Перечислите экзогенные причины данной патологии.

3.Назовите отличительный признак эрозии от острой язвы.

4.Чем обусловлен черный цвет дефектов слизистой оболочки.

5.Перечислите все морфологические формы данной патологии.

**Ситуационная задача №17**

 Мужчина 35 лет с сильными болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей связывает с употреблением на закуску горькой редьки.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее покрыта в отдельных местах слизистыми массами, в других пленкой желто-коричневого цвета, имеются множественные очаги черного цвета, различных размеров. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* в одних биоптатах повышенное слизеобразование, десквамация поверхностного эпителия, острые эрозии, в других биоптатах секреторная активность желез подавлена, некротические изменения с фибрином вовлекают в процесс мышечную пластинку слизистой оболочки, выраженная инфильтрация нейтрофилами и диапедезные кровоизлияния.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите тканевую реакцию, лежащую в основе его развития.

3.Назовите виды данного воспаления.

4.Перечислите причины развития.

5.Назовите возможное осложнение.

 **Ситуационная задача №18**

 Мужчина 35 лет с болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает, периодически боли то усиливаются, то ослабевают.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка сглажена, кое-где видны мелкие дефекты - острые эрозии. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* слизистая оболочка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани. Сохранившиеся железы располагаются отдельными группами, протоки желез расширены, отдельные виды клеток в железах плохо дифференцированы. Среди эпителиальных клеток желез большое количество бокаловидных клеток и каемчатых эпителиоцитов, наличие клеток Панета. Собственный слой слизистой оболочки инфильтрирован лимфоцитами, плазматическими клетками, с примесью нейтрофилов.

1. Назовите заболевание и его форму.

2. Назовите основные процессы морфогенеза патологии.

3. К какому патологическому процессу относится данная патология.

4. Перечислите виды метаплазии.

5. Определите клиническую значимость метаплазии слизистой желудка.

**Ситуационная задача №19**

Мужчина 45 лет с сильными болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В препилорическом отделе кратерообразный дефект неправильной формы, размером 1см, с окрашенным в черно-бурый цвет дном. Произведена эндобиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически:* фокус некроза захватывает слизистую оболочку и подслизистую основу желудка, формируя дефект клиновидной формы с выраженным фибринозно-лейкоцитарным инфильтратом, кровоизлияниями. В окружающей слизистой оболочке уменьшение количества желез, эпителиальные клетки напоминают колоноциты, много бокаловидных клеток, в собственной пластинке разрастание соединительной ткани, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и единичными нейтрофилами.

1.Назовите основное заболевание, стадию.

2.Объясните роль Helicobacter в развитии данной патологии.

3.Назовите местные факторы патогенеза в развитии пилородуоденальных язв.

4.Перечислите морфологические отличия симптоматической язвы от пептической язвы.

5.Назовите сопутствующие заболевания желудка.

**Ситуационная задача №20**

Мужчина 45 лет с острыми болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая сглажена, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В антральном отделе дефект неправильно овальной формы, в поперечнике 3 см., с окрашенным в черный цвет гладким дном, края валикообразно приподняты, плотные, со стороны пищевода нависающие над дефектом, и пологие со стороны пилорического отдела. Произведена эндогастробиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически* в дне дефекта фибринозно-гнойный экссудат, с обширной зоной фибриноидного некроза, в подлежащей ткани и в стенке рубцовая ткань. Вокруг дефекта в стенке желудка слизистая оболочка желудка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание, фазу патологического процесса.

2.Назовите морфологический субстрат данной болезни.

3.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

4.Для какого заболевания данная патология может являться фоновым.

5.Какая локализация патологического процесса неблагоприятна в отношении малигнизации.

 **Ситуационная задача №21**

 У мужчина 48 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, боли перестали носить сезонный характер, стали постоянными, упорными, отдающими в спину и принимающие часто опоясывающий характер. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ. При фибродуоденоскопии на задней стенке 12-перстной кишки дефект стенки с круглыми валикообразными краями вокруг глубокого кратера. При лапароскопии головка поджелудочной железы как бы припаяна к 12-перстной кишке.

*Микроскопически* в биоптате из дна дефекта некробиотически измененная ткань поджелудочной железы, в стенке дефекта рубцовая ткань. В слизистой оболочке тонкой кишки очаговая атрофия желез, инфильтрация лимфоцитами, с формированием лимфоидных фолликул, в подслизистом слое разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнения основного заболевания.

3.Перечислите клинико-морфологические формы патологии поджелудочной железы.

4.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

5.Назовите второе заболевание, которое может развиться на фоне данной патологии поджелудочной железы.

**Ситуационная задача № 22**

 У мужчины 52 лет, страдающего язвенной болезнью желудка появились жалобы на потерю аппетита, отвращение к мясной пищи, постоянные боли, ухудшение общего состояния, быструю утомляемость, психическую депрессию.

При фиброгастроскопии в области большой кривизны желудка бугристое образование диаметром 4 см с дефектом в центре. *Микроскопически* в биоптате из края язвы отсутствует подслизистый слой, имеется инфильтрация клетками разной величины, с выраженным полиморфизмом ядер, формирующие уродливые – слившиеся и ветвящиеся железы. В области дна язвы имеется полное разрушение мышечного слоя и широкая зона рубцевания, выявляются признаки эндартериита, тромбофлебита.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность новообразования желудка, гистогенез.

3.Назовите фоновый патологический процесс.

4.Объясните патогенетическую связь основного и фонового заболеваний.

5.Перечислите ретроградные лимфогенные метастазы.

**Ситуационная задача № 23**

 Мужчина 39 лет с жалобами на упорные, интенсивные боли в верхней части живота, изжогу и отрыжку, водянистую диарею. При обследовании выявлено значительное повышение гастрина и соляной кислоты. При эндоскопии обнаружены широкие и высокие сладки, формирующие крупные желудочные поля, с множественными очаговыми дефектами слизистой оболочки. *Микроскопически* желудочные ямки обычной глубины, поверхностные и фовеолярные клетки слизистой оболочки без изменений, в железах выраженная гиперплазия париетальных клеток, которые встречаются в биоптатах из фундального и кардиального отделов. В слизистой оболочке тела и дна имеются участки некроза, вовлекающие в процесс мышечную пластинку.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму

2. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.

3. Объясните сущность пептической язвы.

4.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

**Ситуационная задача № 24**

 У женщины 45 лет жалобы на боли в подложечной области ноющего характера, возникающие вскоре после приема пищи и сопровождаются ощущением тяжести и распирания в животе, тошноту и нередко рвоту. Пациентка отмечает потерю массы тела и периферические отеки. В сыворотки крови гипоальбуминемия и незначительное повышение концентрации гастрина. При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка желудка гипертрофирована, складки увеличены симметрично, ограничены телом и дном желудка.*Микроскопически*гиперплазия покровно-ямочного эпителия, выраженное удлинение ямок слизистой оболочки, достигающее основания слизистой оболочки. Ямки выглядят извитыми, расширенные просветы заполнены слизью. Некоторые увеличенные желудочные железы проникают в мышечный слой с превращением их в [кисты](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0). Количество желез уменьшено, главные и обкладочные клеткив атрофированном состоянии, количество слизеобразующих клеток резко увеличено.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму

2. Определите основное звено в патогенезе болезни.

3. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.

4.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://www.eurolab.ua/img/gr_botleft.gif | http://www.eurolab.ua/img/spacer.gif | http://www.eurolab.ua/img/gr_botright.gif |

**Ситуационная задача №25**

Мужчина 23 лет был госпитализирован с клинической картиной острого живота. Из анамнеза известно, что болен в течении 2 суток. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток. *Макроскопически* отросток увеличен, утолщен до 1,5 см., серозная оболочка гиперемирована, тусклая с наложениями фибрина. На разрезе ткань светло-серая, в просвете зеленовато-серое густое содержимое. *Микроскопически* все слои стенки аппендикса диффузно инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, в слизистой оболочке — выраженная гиперемия сосудов, фокусы некроза.

1. Назовите основное заболевание и его форму.

2. Назовите не деструктивные формы заболевания, их отличия.

3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания.

4. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию.

**Ситуационная задача № 26**

 Женщина 25 лет была госпитализирована в плановом порядке. Из анамнеза известно, что пациентку длительное время беспокоили боли в правой подвздошной области. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток.

*Макроскопически* отросток толщиной 2,5 см., плотный, серозная оболочка бледная со следами фиброзных спаек, на разрезе стенка утолщена, в просвете слизистое содержимое. *Микроскопически* слизистая оболочка отростка атрофична, с единичными лимфоидными фолликулами. В подслизистой и мышечной оболочках остатки грануляционной ткани, фиброз и коллагенизация.

1.Назовите заболевание и его форму.

2.Назовите возможную причину заболевания.

3.Объясните механизм развития описанных изменений.

4.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

5.Объясните, в чем отличие эмпиемы от флегмонозного воспаления.

**Ситуационная задача № 27**

Труп умеренно истощенного мужчины средних лет. Из истории болезни известно, что поступил на 3 день заболевания по поводу перфоративного аппендицита. Произведена лапаротомия с ревизией и санацией брюшной полости, удалением аппендикса и дренированием операционной раны. Исследование крови на посевы в течение первых суток выявило анаэробную инфекцию. После операции состояние оставалось тяжелым, появились функциональные изменения в печени, почках, присоединилась пневмония. Смерть на 14 день пребывания в больнице. *При вскрытии:* в илеоцекальном углу дренированный абсцесс, в венах правой подвздошной области тромбы, в брюшной полости фибринозно-гнойное содержимое с формированием межпетлевых абсцессов. Регионарные лимфатические узлы увеличены. В печени и почках множественные абсцессы. В легких участки уплотнений темно-красного цвета, с многочисленными субплевральными очагами желтого цвета. *При микроскопическом исследовании* в венах брыжейки септические тромбы, в брюшной полости диффузная инфильтрация нейтрофилами, в лимфатических узлах гиперплазия фолликулов, в печени, почках выраженная дистрофия паренхиматозных элементов, тромбофлебиты с образованием множественных метастатических гнойных очагов, в легких - в просвете альвеол экссудат, состоящий из нейтрофилов с примесью эритроцитов, фибрина и слущенного эпителия.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите причину смерти.

4.Назовите формы абдоминального сепсиса.

5.Назовите виды перитонита по этиологии.

**Ситуационная задача №28**

 Труп мужчины 36 лет. Из истории болезни известно, что был госпитализирован с желтухой, сопровождающейся резко увеличенной печенью и кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки. В последующие 2 недели явления печеночной недостаточности прогрессировали, смерть наступила к концу третей недели заболевания.

При вскрытии в коже, слизистых, серозных оболочках и легких множественные кровоизлияния, селезенка гиперплазирована, пульпа дает соскоб. Печень уменьшена в размерах, темно-красного цвета, мажущей консистенции. *Микроскопически* дольки печени некротизированы, с распадом ткани и лишь по периферии долек сохранена узкая полоска гепатоцитов в состоянии жировой дистрофии. Сосуды долек паралитически расширены с формированием массивных кровоизлияний. Кое-где видны поля регенерирующих гепатоцитов и разрастание соединительной ткани. В корковом слое почек эпителий извитых канальцев безъядерный, с участками разрушения базальной мембраны, мозговой слой полнокровен и отечен, с кровоизлияниями.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите разновидность патологического процесса.

3.Назовите возможные причины заболевания.

4.Назовите синдромы осложнившие течение заболевания, объясните механизм их развития.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 29**

 Женщина 22 лет заболела остро, появилась желтуха, боли в правом подреберье, увеличение печени, кожные высыпания, аменорея. В сыворотке крови обнаружены высокие титры антигладкомышечных (ASMA) и антиядерных (ANA) антител, гипергаммаглобулинемия, особенно за счет повышении уровня IgG. Из анамнеза известно, что больная в течение 6 лет лечится по поводу диффузного тиреотоксического зоба.

Произведена биопсия печени. При гистологическом исследовании имеются ступенчатые некрозы с разрушением пограничной пластинки печеночной дольки. Вдоль синусоидов

выраженная лимфоидноклеточная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликул в сочетании с дегенеративными изменениями гепатоцитов. В портальных трактах инфильтрация плазматическими клетками, выявляются перипортальные железистоподобные структуры из гепатоцитов.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите типы данного заболевания печени.

3.Объясните механизм развития заболевания.

4.Перечислите основные иммунные заболевания, сопутствующие данной патологии печени.

**Ситуационная задача № 30**

 Больной 28 лет. Заболел остро: слабость, температура. На второй недели появилась желтуха, темная моча, обесцвеченный (светлый) кал. В крови выявлен JgMHAVAb. При лапароскопии печень увеличена, плотная, красная, капсула напряжена. *Микроскопия биоптата:*  полнокровие сосудов, отек стромы с диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрацией портальных трактов, примесью плазматических клеток, эозинофильных и нейтрофильныхлейкоцитов. Гидропическая дистрофии и некроз гепатоцитов, тельца Каунсильмена, гиперплазия звездчатых купферовских клеток*.*

1.Назовите основное заболевание.

2.Какая форма характерна для данной патологии.

3.О чем свидетельствует выявление в крови JgMHAVAb.

4.Объясните механизм развития изменений в гепатоцитах.

5.Назовите исход и прогноз заболевания.

**Ситуационная задача №31**

 Больной 59 лет. Заболел остро: слабость, температура, кожный зуд, Через неделю появилась желтуха, темная моча, обесцвеченный кал. В крови увеличение холестерина, бета-липопротеидов, общего и прямого билирубина, активности щелочной фосфатазы. При ультразвуковом исследовании печени и желчных путей визуализируются внутрипеченочные протоки. При лапароскопии печень увеличена, плотная, капсула напряжена, видны подкапсульные очаги желто- зеленой окраски с подчеркнутым рисунком долек. *Микроскопия биоптата:* желчные капилляры и желчные протоки портальных трактов переполнены желчью, стенки их с воспалением, желчный пигмент определяется в цитоплазме гепатоцитов и купферовских клеток. Гепатоциты центральных отделов в состоянии гидропической и баллонной дистрофии. Портальные тракты расширены, инфильтрированы преимущественно лимфоцитами и макрофагами.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Объясните значение ультразвукового исследования.

3.Назовите наиболее важный клинический признак холестаза.

4.Назовите возможные причины заболевания.

5.Назовите исход и прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 32**

 Больной 53 лет с периодическими болями в правом подреберье, желтушностью кожных покровов и склер, диспептическими расстройствами. В крови положительные HBsAg и HBeAg. Произведена пункционная биопсия печени. *В биоптате* клеточная инфильтрация портальной, перипортальной и внутридольковой склерозированной стромы печени с проникновение инфильтрата из лимфоцитов, макрофагов, плазматических клеток через пограничную пластинку в печеночную дольку. Выявляются «песочные ядра» и матово-стекловидные гепатоциты, печеночные клетки с гидропической и баллонной дистрофией и некрозом. Пролиферацией звездчатых ретикулоэндотелиоцитов и клеток холангиол.

1.Назовите основное заболевание и его форму.

2.Назовите клинические и морфологические признаки, подтверждающие данную патологию.

3.Назовите ведущий механизм поражения печени при хроническом вирусном гепатите.

4.Назовите основные условия формирования хронического вирусного гепатита.

5.Назовите исход и прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 33**

 Больной 53 года с жалобами на незначительные ноющие боли и тяжесть в правом подреберье, непостоянную общую слабость, утомляемость. иктеричность склер, диспептические расстройства. Произведена пункционная биопсия печени. *В биоптате* клеточная инфильтрация портальной склерозированной стромы печени лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками. Пограничная пластинка и структура печеночных долек сохранена. Среди гепатоцитов изредка встречаются клетки с гидропической дистрофией, небольшая гиперплазия купферовских клеток.

1.Назовите основное заболевание и его форму.

2.Назовите возможные этиологические факторы заболевания.

3.Назовите основное условие формирования данной патологии печени.

4.Назовите факторы, способствующие хронизации воспаления.

**Ситуационная задача № 34**

Труп мужчины на вид около 40 лет. Из истории болезни: поступил без сознания, на 3 день пребывания в стационаре развилась желтуха, моча темная, кал обесцвечен, в крови увеличение прямого и непрямого билирубина. *Макроскопически* печень дряблой консистенции, бледно-желтая с красноватыми участками и рубцовыми западениями. *Микроскопически* на фоне мелко- и крупнокапельного ожирения гепатоцитов, массивные поля ступенчатых и мультилобулярных некрозов. В зонах некроза и портальных трактах воспалительная инфильтрация с преобладанием нейтрофилов. Выявляются тельца Мэллори в цитоплазме отдельных гепатоцитов, центролобулярные перивенулярные и перицеллюлярные разрастания соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите отличительные признаки медикаментозного поражения печени.

4.Перечислите дифференциально - диагностические признаки алкогольного и диабетического стеатоза.

**Ситуационная задача № 35**

 Труп мужчины на вид около 47 лет. Направлен на вскрытие врачом сельской врачебной амбулатории. Из направления на вскрытие известно, что умерший полгода тому назад переселился из Казахстана, за 2 года до смерти перенес желтуху, но за медицинской помощью не обращался. *При вскрытии:* труп истощенного мужчины с иктеричными кожными покровами и склерами. В брюшной полости небольшое скопление прозрачной жидкости. Печень массой 1167 гр., плотной консистенции, резко деформирована, поверхность крупнобугристая. На разрезе орган узловатой структуры, в виде желтых очагов округлой формы размерами от 1см до 3см. Между узлами-регенератами диффузное разрастание грубых тяжей соединительной ткани. В просвете желудка и кишечника около 1 литра жидкой крови и свертков крови. Селезенка массой 673 гр., пульпа темная, вишнево-красная, без соскоба.

*Микроскопически* трабекулярное строение печени нарушено, в узлах -регенератах гепатоциты с белковой дистрофией и некрозом, имеется большое количество многоядерных печеночных клеток. Между ложными дольками разрастание соединительной ткани с лимфо-макрофагальной инфильтрацией. Портальные триады сближены (более 3 в поле зрения).

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевания, механизм развития.

3.Назовите возможные причины развития данной патологии печени.

4.Перечислите признаки печеночно-клеточной недостаточности.

 **Ситуационная задача № 36**

 Мужчина 42 лет. В анамнезе перенесенная в прошлом желтуха, злоупотребление алкоголем. Жалобы на слабость, диспептические расстройства, боли и тяжесть в правом подреберье, накопление жидкости в брюшной полости. Сделана пункционная биопсия печени. *Микроскопически* нормальное строение печени нарушено, видны мелкие мономорфные узлы-регенераты (ложные дольки), разделенные узкими прослойками соединительной ткани, формирующие порто-портальные и порто-центральные фиброзные септы. В фиброзных прослойках определяются дополнительные печеночные вены, инфильтрация лимфоцитами, макрофагами и полиморфноядерными лейкоцитами. Гепатоциты в состоянии жировой и баллонной дистрофии, в отдельных печеночных клетках определяются тельца Мэллори.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите клинико-морфологическую форму данной патологии.

3.Назовите фоновый патологический процесс.

4.Перечислите состояния, ассоциированные с наличием телец Мэллори.

5.Проведите дифференциальный диагноз алкогольного поражения печени и медикаментозного.

 **Ситуационная задача № 37**

 Мужчина 52 лет. В анамнезе перенесенная в прошлом желтуха. Жалобы на слабость, периодическое повышение температуры, диспептические расстройства, боли и тяжесть в правом подреберье, накопление жидкости в брюшной полости. Сделана лапароскопия и клиновидная краевая биопсия печени. *Макроскопически* печень серо-зеленая, поверхность мелкозернистая. *Микроскопически* эпителий мелких желчных протоков некротизирован, в стенках и окружающей их соединительной ткани, клеточная инфильтрация с формированием гранулем, состоящих из лимфоцитов, эпителиоидных и гигантских клеток, пролиферация и рубцевание желчных протоков. В перипортальных полях инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами, склероз с образованием соединительнотканных прослоек (септ) и ложных долек. Гепатоциты в состоянии дистрофии и некроза.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите патологический процесс, лежащий в основе развития данного заболевания.

3.Назовите осложнение основного заболевания, механизм развития.

4.Перечислите возможные этиологические факторы, способствующие данной патологии.

5.Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.

**Ситуационная задача № 38**

 *Операционный материал.* Прислан вскрытый желчный пузырь женщины 43 лет. Стенка пузыря утолщена до 0,8см, отечная, на разрезе серо-красная. Слизистая оболочка сглажена, грязного вида, серо-зеленоватого цвета, с точечными кровоизлияниями. На серозной оболочке наложения фибрина. *Микроскопически* слизистая оболочка с гиперемией сосудов и кровоизлияниями, выраженным отеком, очаговым некрозом и диффузной нейтрофильной инфильтрацией, распространяющейся во все слои стенки желчного пузыря. На серозной оболочке наложения фибрина.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите возможные этиологические факторы заболевания.

3.Назовите пути попадания инфекции в желчный пузырь.

4.Назовите возможные осложнения основного заболевания.

 **Ситуационная задача № 39**

Женщина 48 лет с жалобами на чувство тяжести и болезненности в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, приступы желчно-пузырной колики. *Операционный материал:* частично вскрытый желчный пузырь. Стенка пузыря утолщена до1см, белесоватого цвета, плотная. Слизистая оболочка сглажена, зеленоватого цвета инкрустирована желчными пигментами в виде желтоватых полосок. В полости желчного пузыря множество мелких желто-коричневых камней, с гладкими и притертыми друг к другу гранями. *Микроскопически* слизистая оболочка атрофичная с отложениями кристаллов холестерина, мышечные волокна гипертрофированы. В строме всех слоев желчного пузыря разрастание соединительной ткани и гистиолимфоцитарная инфильтрация.

1.Назовите основное заболевание.

2.Перечислите местные и общие факторы в возникновении данной патологии.

3.Назовите предрасполагающие факторы и болезни, способствующие развитию данной патологии.

4.Назовите возможные осложнения основного заболевания.

**Ситуационная задача № 40**

 Мужчина 39 лет был госпитализирован в хирургическое отделение с интенсивными болями в эпигастральной области с опоясывающей иррадиацией, сопровождающиеся многократной рвотой дуоденальным содержимым и вздутием кишечника. В крови активность альфа-амилазы в 2 раза превышает норму. При лапароскопии в брюшной полости геморрагический экссудат, очаги кровоизлияний в желудочно-ободочной связке и большом сальнике. На 3 день заболевания наступила смерть на фоне прогрессирования гемодинамических нарушений и функциональной недостаточности паренхиматозных органов*. На вскрытие* серозно-геморрагического выпот в плевральную и брюшную полости, забрюшинная клетчатка пропитана геморрагическим экссудатом с детритоподобными очагами. Поджелудочная железа с напряженной капсулой, отечная, серая с бледно-желтыми участками некроза разной формы и величины, локализующиеся в толще органа и массивными полями кровоизлияний. *Микроскопически* в поджелудочной железе железистая ткань представлена бесструктурной массой с полями кровоизлияний, формированием микроскопических абсцессов.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Перечислите возможные причины развития данной патологии.

3.Назовите клинико-морфологические формы заболевания.

4.Перечислите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 41**

 Больная А., 22 года с отеками на ногах и под глазами. Из анамнеза известно, что 2 недели назад перенесла фарингит. OAK - умеренная анемия, в моче умеренная протеинурия, выщелоченные эритроциты. Рентгенологически в правом легком очаг Гона. УЗИ: печень, сердце, поджелудочная железа обычные, почки увеличенные в размерах. *При микроскопическом исследовании* пункционного биоптата почки: почечные клубочки увеличены в размерах, отечны, с выраженной пролиферацией и набуханием эндотелиальных клеток и умеренной пролиферацией мезангиальных клеток, инфильтрацией нейтрофилами и макрофагами. В просвете канальцев в небольшом количестве эритроцитарные цилиндры. Иммунногистохимически определяются JgМ, JgG и C3 вдоль базальных мембран клубочков.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите гистологический вариант данной патологии.

3.Определите вид по локализации и воспалению.

4.Каков вероятный исход заболевания.

5.О чем свидетельствует очаг Гона в легких.

**Ситуационная задача № 42**

 Больная А., 34 года с отеками на ногах и под глазами, высоким артериальным давлением. Больна около 2 лет. OAK: умеренная анемия, в моче умеренная протеинурия, выщелоченные эритроциты. УЗИ: сердце и почки увеличены в размерах. При эндоскопическом исследовании желудка дистрофия и некроз поверхностного эпителия, с единичными участками некроза слизистой оболочки не вовлекающие мышечную пластинку, в субэпителиальной ткани лейкоцитаная инфильтрация. *При микроскопическом исследовании* биоптата почки: в капсуле Шумлянского-Боумена выявляются полулуния, образованные за счет пролиферации нефротелия, скопления моноцитов, макрофагов и выпадение фибрина. Почечный клубочек сдавлен, с фокальным некрозом, пролиферацией эндотелия и мезангия. В эпителии некоторых канальцев гиалиново-капельная дистрофия, атрофия. В строме почки склероз, лимфомакрофагальная инфильтрация. Иммунногистохимически определяются иммунные комплексы к базальным мембранам клубочков.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите гистологический вариант данной патологии.

3.Объясните механизм образования полулуний.

4.Назовите идиопатические аутоиммунные заболевания сопровождающиеся аналогичным поражением почек.

5.Назовите сопутствующее заболевание.

**Ситуационная задача № 43**

 Больная А., 39 лет с отеками на ногах и под глазами, высоким артериальным давлением. Больна около 8 лет. OAK - умеренная анемия. В моче умеренная протеинурия. УЗИ: печень, поджелудочная железа - обычные; сердце увеличено в размерах, с толщиной левого желудочка 2см, почки несколько уменьшены в размерах. *При микроскопическом исследовании* биоптата почки: в отдельных клубочках пролиферация мезангиоцитов и расширение мезангия без существенного изменения стенок капиллярных петель, другие клубочки коллабированы, замещены соединительной тканью или гиалином. В цитоплазме эпителия канальцев дистрофические процессы и атрофия с уплощением эпителия. В строме увеличение межуточной соединительной ткани, клеточная инфильтрация мононуклеарами.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический вариант данной патологии.

3.Назовите внепочечные симптомы заболевания.

4.Каким синдромом проявляется данное заболевание.

5.Объясните механизм патологических изменений в сердце.

**Ситуационная задача № 44**

 Труп истощенного мужчины, на вид около 45 лет. Из истории болезни известно, что длительное время болел бронхоэктатической болезнью, в последние два года белок в моче (1,5 мг.%). *При вскрытии:* в легких стенки бронхов утолщены, белесоватые, не спадаются, с множественными очаговыми расширениями в виде мешочков, в просветах серовато-желтое густое содержимое. В паренхиме нижних отделов обоих легких, очаги уплотнения серо-красного цвета. В сердце гипертрофия правого желудочка. Почки увеличены в размерах, плотные, обычной формы, массой обе 486 гр. Капсула снялась легко, поверхность почек под капсулой гладкая, восковидного вида. На разрезе корковое вещество широкое, матовое, а мозговое вещество серо-розовое с сальным оттенком. Лоханки, мочеточники, мочевой пузырь обычные. *Микроскопически:* В легких перибронхиальное разрастание соединительной ткани, в просвете склерозированного бронха лейкоциты, слизь, фибрин, эпителий атрофичен с очагами плоскоклеточной метаплазии. В прилежащих альвеолах виден экссудат, состоящий из слущенного альвеолярного эпителия, фибрина, единичных эритроцитов, нейтрофилов с формированием абсцессов в нижних долях легких. В почках, при окрашивании Конго-ротом, выявляются однородные отложения красного цвета в капиллярных петлях почечных клубочков, по ходу базальных мембран канальцев и артериолах.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите фоновое заболевание и механизм развития изменений в органе.

3.Назовите легочное осложнение основного заболевание, причины его возникновения.

4.Назовите внелегочное осложнение основного заболевание.

5.Объясните причину и механизм развития поражения почек.

 **Ситуационная задача № 45**

Труп женщины 32 лет, правильного телосложения, несколько пониженного питания. Из истории болезни известно, что поступила в стационар в шоковом состоянии. Диагностировано внутреннее кровотечение. При лапаротомии выявлена трубная беременность, разрыв маточной трубы. Труба удалена. В послеоперационном периоде возникла анурия. Смерть на 6 день пребывания в стационаре. При вскрытии почки увеличены в размерах, набухшие, отечные, капсула их напряжена, снялась легко. Под капсулой поверхность гладкая, анемичная. На разрезе бледно-серая кора, резко отграничена от темно-красных пирамидок мозгового слоя. В интермедиарной зоне почек и в лоханках кровоизлияния по типу геморрагического пропитывания. *Микроскопически* фокальный некроз канальцев во многих участках по ходу нефрона, тубулорексис и окклюзия просветов канальцев цилиндрами. Отек интерстициальной ткани с лейкоцитарной инфильтрацией и геморрагиями, выраженный венозный застой с тромбозом вен.

1.Назовите патологический процесс в почках.

2.Назовите фактор, способствующий его развитию.

3.Перечислите возможные причины развития аналогичного поражения почек.

4.Назовите морфологический эквивалент данной патологии.

5.Исход и прогноз.

 **Ситуационная задача № 46**

 Женщина 33 лет, больная ревматизмом. Длительное время принимала пенициллин и нестероидные противовоспалительные препараты. В связи с болями в пояснице, повышенном белком в моче была сделана пункционная биопсия почек. *Микроскопически* в интерстиции почки умеренно выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация с примесью макрофагов и эозинофилов. Клеточный инфильтрат располагается периваскулярно и в межканальцевых пространствах. Здесь же пролиферация клеток фибропластического ряда. При окраске пикрофуксином выявляется коллагенизация стромы. В нефроцитах канальцев дистрофия и атрофия.

1.Назовите заболевание почек.

2.Назовите возможные причины данной патологии.

3.Назовите основное звено патогенеза.

4.Объясните механизм развития изменений в органе.

5. Назовите исход заболевания.

**Ситуационная задача № 47**

 Оперативно удаленная почка у мужчины 65 лет, находившегося в урологическом отделении по поводу острой задержки мочи, сопровождавшейся высокой температурой. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает заболеванием предстательной железы.

*Макроскопически* почка дряблая, капсула снялась легко (сползла), ткань бледно-серая, с очагами полнокровия и кровоизлияний. В интермедиарной зоне видны мелкие полости без четкой границы. *Микроскопически* полнокровие и лейкоцитарная инфильтрация лоханок и чашечек, очаги некроза, пропитанные фибрином. Межуточная ткань всех слоев почки отечная, инфильтрирована нейтрофилами. Во всех полях зрения встречаются мелкие (милиарные) абсцессы, в интермедиарной зоне сливающиеся между собой с формированием полостей. В канальцах нефроциты с дистрофией и некрозом, просветы заполнены цилиндрами из распадающихся эпителиальных клеток и лейкоцитов.

1. Назовите заболевание почки.

2. Назовите, что послужило поводом к удалению почки.

3. Объясните механизм развития осложнения.

4. Определите вероятный предрасполагающий фактор основного заболевания.

5. Назовите возможное общее осложнения.

 **Ситуационная задача № 48**

 Оперативно удаленная почка у мужчины 68 лет, находившегося в урологическом отделении по поводу задержки мочи, повышенной температуры, высокого артериального давления. *Макроскопически* почка деформирована, на разрезе в области лоханки и чашечек рубцовые изменения, капсула сращена с тканью почки, снялась с трудом, под капсулой поверхность почки бугристая, ткань бледно-серая, с очагами полнокровия и кровоизлияний. В интермедиарной зоне видны мелкие полости окруженные капсулой. *Микроскопически* в ткани лоханок и чашечек склероз, лимфоцитарная инфильтрация, метаплазия переходного эпителия в многослойный плоский. Эпителий некоторых канальцев уплощен и атрофирован, просветы других - растянуты и заполнены коллоидными массами (тиреоидизация). В интерстиции разрастание соединительной ткани, лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов, инкапсулированные абсцессы. Во многих клубочках склероз и гиалиноз, выраженное перигломерулярное разрастание соединительной ткани.

1. Назовите заболевание почек.

2. Назовите гистологическую стадию заболевания, что означает термин «тиреоидизация».

3.Перечислите достоверные признаки этой стадии.

4. Назовите морфологическое выражение данной патологии.

5. Назовите нефропатию, характеризующуюся деформацией чашечно-лоханочной системы.

 **Ситуационная задача № 49**

 Труп пожилой женщины правильного телосложения, несколько пониженного питания. *При вскрытии:* сердце массой 380,0 гр., стенка левого желудочка 2см. Почки обе массой 145 гр., симметрично уменьшены в размерах, поверхность их мелкозернистая, бело-серого цвета, плотные. Капсула снялась с трудом, с потерей почечного вещества. На разрезе граница между корковым и мозговым веществом стерта, в паренхиме белесоватые прослойки. Вокруг лоханки разрастание жировой ткани. *Микроскопически* гиалиноз клубочков, выраженная атрофия канальцев, диффузное разрастание соединительной ткани с резко выраженной коллагенизацией стромы и лимфоцитарной инфильтрацией, склероз артерий и артериол. В миокарде на фоне гипертрофии мышечных волокон, белковая дистрофия кардиомиоцитов, множественные мелкоочаговые некрозы, выраженный интерстициальный отек миокарда, формирование кардиосклероза.

1.Назовите заболевание почек, его форму.

2.Назовите морфологический эквивалент патологических изменений в почках.

3. Назовите клиническое проявление данной патологии почек.

4.Объясните механизм развития патологических изменений в сердце.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 50**

 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 № 51**

 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 № 52**

 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 № 53**

 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 № 54**

 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 № 55**

 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 № 56**

 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 № 57**

 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 № 58**

 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 № 59**

 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 № 60**

 Труп молодой женщины из гинекологического отделения. Из истории болезни известно, что при выполнении медицинского аборта по поводу замершей беременности была произведена перфорация матки (не замеченная). Через 10 часов «свечкой» поднялась температура. Через 36 часов была произведена лапаротомия и надвлагалищная ампутация матки. Состояние оставалось тяжелым, смерть на 3 сутки после операции.

При вскрытии: культя шейки матки с несостоятельными швами, при надавливании из полости канала выделяется гнойно-кровянистая жидкость. Регионарные лимфатические узлы увеличены, сочные, белесовато-розовые на разрезе. Ткани печени, почек, сердца «варенные» на разрезе. *При микроскопии* в стенке матки гнойно-некротическое воспаление, в лимфатических узлах гиперплазия ткани. В печени, почках, миокарде дистрофическое изменение клеток, острое серозно-лейкоцитарное воспаление. В кровеносных сосудах малого таза тромбоваскулиты.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите осложнение основного заболевание, его форму.

3.Назовите возможную локализацию первичного септического очага в акушерстве и гинекологии.

4.Перечислите возможные причины возникновения маточного сепсиса.

5.Перечислите основные особенности акушерского сепсиса.

**Ситуационная задача № 61**

 У женщины 25 лет с жалобами на кровянистые выделения из соска, выявлено в молочной железе ограниченное одиночное образование диаметром 2 см неравномерной плотности. *Микроскопически* в протоках молочной железы сосочковые разрастания, состоящие из эпителиальных и миоэпителиальных клеток, образующие двуслойную выстилку.

1.Назовите основное заболевание.

2.Определите ведущую роль в возникновении фиброзно-кистозной

 мастопатии.

3.Назовите морфологический вариант заболевания.

4.Назовите формы, которыми проявляется заболевание.

5.К какому состоянию относится данное заболевание молочной железы.

**Ситуационная задача № 62**

 У женщины 53 лет, с жалобами на отек, гиперемию и болезненность молочной железы, обнаружена деформация железы, в верхне-наружном квадрате плотный фиксированный узел размерами 6×4×3 см, на разрезе вида сырого картофеля. *При микроскопическом исследовании* видны группы атипичных полиморфных клеток с большим количеством митозов, в виде пластов, тяжей, трубочек, располагающихся в фиброзной строме.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Перечислите предраковые состояния молочных желез.

4.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 63**

 У женщины 30 лет выявлен четко ограниченный узел в молочной железе, 2,5 см в диаметре, плотный, безболезненный, легко смещающийся при пальпации, не спаянный с окружающими тканями*.* Макроскопически на разрезе опухоль серовато-белая с очагами гиалиноза и обызвествления. *При микроскопическом исследовании* определяются множественные мелкие железистые полости округлой формы, выстланные темным секретирующим эпителием. Между железистыми структурами располагается нежноволокнистая соединительная ткань в небольшом количестве.

1.Назовите основное заболевание молочной железы.

2.Назовите гистологическую форму.

3.Назовите и охарактеризуйте варианты данной патологии.

4.Назовите наиболее частую локализацию данного новообразования.

5. Перечислите особенности течения и прогноз данной патологии.

**Ситуационная задача № 64**

 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 № 65**

 Женщине 70 лет, с жалобами на уплотнение ткани молочной железы, деформацию и втяжение соска была произведена биопсия. *При микроскопическом исследовании* стенки протоков расширены, инфильтрированы плазмоцитами, лимфоцитами, нейтрофилами и макрофагами. В расширенных протоках кристаллы холестерина и ксантомные клетки. В окружающей строме обширные разрастания соединительной ткани и гранулемы инородных тел.

1.Назовите основное заболевание молочной железы.

2.Назовите патологический процесс, определяющий изменения в ткани.

3.Назовите основной морфологический субстрат патологического процесса.

4.Какое заболевание симулирует данная патология.

**Ситуационная задача № 66**

 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 № 67**

 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 № 68**

 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 № 69**

 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 № 70**

 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 № 71**

 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 № 72**

 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 № 73**

 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 № 74**

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 № 75**

 Течение беременности у женщины 28 лет, на 22 недели осложнилось прогрессирующей артериальной гипертензией, к небольшой пастозности рук и лица прибавились отеки на нижних конечностях, белок в моче. По данным ультразвукового исследования имеется плацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите причины развития данной патологии.

3.Объясните механизм развития артериальной гипертензии.

4.Назовите возможные неблагоприятные последствия патологического процесса.

**Ситуационная задача № 76**

 У первобеременной женщины 22 лет течение беременности протекало без особенностей; в первом периоде родов началась бурная родовая деятельность, отошли воды, окрашенные кровью, появились признаки острой дыхательной недостаточности, произошла потеря сознания, внутриутробная гибель плода, за которой последовала смерть роженицы.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите осложнение патологического процесса.

3.Какой патологический процесс явился причиной гибели роженицы.

4.Объясните механизм танатогенеза.

5.Назовите причину гибели плода.

**Ситуационная задача № 77**

 У повторнородящей женщины 28 лет с отягощенным гинекологическим анамнезом- преждевременные роды и 3 аборта на малых сроках, в послеродовом периоде не прекращались кровянистые выделения, к концу четвертой недели появились боли внизу живота и субфебрильная температура. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки среди сгустков крови и фибрина выявлены фрагменты некротизированной децидуальной ткани с лейкоцитарной инфильтрацией и ворсины хориона с очаговым некрозом и началом организации.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите возможные причины данной патологии матки.

3.Назовите возможные неблагоприятные последствия патологического процесса

4.Назовите патологию беременности, с которой проводят дифференциальную диагностику этого патологического процесса.

**Ситуационная задача№ 78**

У женщины 28 лет, с клинически нормально прогрессирующей беременностью до 10 недели, появились жалобы на маточные кровотечения, повышенную отечность. При УЗИ увеличение размеров матки, не соответствует сроку предполагаемой беременности, в полости - отсутствие плода, пуповины и амниотической оболочки. В яичниках текалютеиновые кисты. В крови чрезмерное повышение уровня ХГТ. Произведена вакуум-аспирация полости матки. *Пригистологическом исследовании*  - выраженный отек и увеличение ворсин с пролиферацией выстилающих ворсин эпителия и нарушением последовательности слоев трофобласта, наличие клеток Халецкой – Неймана, кровеносные сосуды и зародышевая ткань отсутствуют.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите патологический процесс матки.

3.Перечислите различные виды данной патологии и причины их развития.

4.Назовите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 79**

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 № 80**

 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 № 81**

 У беременной женщины 26 лет, на сроке 10 недель, возникло обильное кровотечение из половых путей, которой невозможно было остановить консервативными средствами. При ультразвуковом исследовании в полости матки плодного пузыря нет, в левом яичнике желтое тело. При вагинальном исследовании шейка увеличена, рыхлая, кровоточит при прикосновении. Произведена экстирпация матки без придатков. Макроскопически величина шейка матки превосходит размеры тела, бочкообразной деформации. Наружный зев эксцентрически смещен, в шеечном канале плодное яйцо, связанное со стенками. *При гистологическом исследовании* строение шейки матки полностью нарушено, за счет разрастания ворсин хориона, выстланных двуслойным эпителием, отложений масс фибрина и разрастания пластов хориального эпителия.

1.Назовите разновидность патологии беременности.

2.Назовите патологический процесс.

3.Назовите причины патологического процесса.

4.Назовите другие виды локализаций данной патологии.

5.Назовите возможные осложнения.

**Ситуационная задача № 82**

Труп пожилой женщины пониженного питания. Из истории болезни известно, что была доставлена в больницу с высокой температурой и явлениями острой респираторной инфекции. Смерть наступила на 7 сутки пребывания в стационаре.

При вскрытии слизистая трахеи и бронхов ярко-красная, зернистая, с очагами некроза. Легкие полнокровные с очагами кровоизлияний, во всех отделах легких множество мелких очагов желто-серого цвета, чередующихся с фокусами повышенной воздушности и участками спадения легочной ткани. Мягкая мозговая оболочка и почки резко полнокровны.

*Микроскопически* в слизистой оболочки трахеи десквамация покровного эпителия с наложением фибринозной пленки, в подслизистой оболочке отек, полнокровие сосудов. В просвете бронха нейтрофильный экссудат, с инфильтрацией нейтрофилами всех слоев бронха, его разрушением. В альвеолах, расположенных вокруг бронха экссудат, состоящий из нейтрофилов, эритроцитов, фибрина, слущенного эпителия, перифокально альвеолы расширенны, в других альвеолах - спадение перегородок.

1.Назовите заболевание и его форму.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите морфологический эквивалент изменений в легких.

4.Объсните особенности развития поражения легких.

**Ситуационная задача № 83**

 Труп мужчины средних лет умеренно истощенного. Умер в инфекционном отделении больницы на 15 день заболевания. *При вскрытии:* в просвете дистального отдела тонкой и во всех отделах толстой кишок кровь. Лимфоидные фолликулы подвздошной кишки увеличены в размерах, с некрозом, образованием язв овальной формы с неровными краями, располагающиеся по длине кишки. В одной из язв арозированный кровеносный сосуд. Лимфатические узлы брыжейки кишки увеличены, на разрезе серо-розовые, сочные.

*При микроскопическом исследовании* в лимфоидных фолликулах и пейеровых бляшках подвздошной кишки некроз с отторжением некротических масс и изъязвлением стенки кишки и кровеносного сосуда. В интрамуральных нервных ганглиях дистрофия нервных клеток и волокон. В лимфатических узлах пролиферация моноцитов, ретикулярных клеток, скопления больших макрофагальных клеток со светлой цитоплазмой. В легких, печени, селезенке, костном мозге, почках, стенке желчного пузыря скопление клеток с формированием подобия гранулем из моноцитов, ретикулярных клеток, крупных макрофагов со светлой цитоплазмой и небольшого количества лимфоцитов.

1.Назовите основное заболевание, его стадию.

2.Назовите осложнение основного заболевания.

3.Назовите общие проявления заболевания, объясните, чем они обусловлены.

4.Перечислите возможные внекишечные осложнения болезни.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 84**

 У женщины, больной туберкулёзом, умер 3-месячный ребёнок от разлитого перитонита. На вскрытии обнаружены: перфоративная язва тощей кишки, плотные мезентериальные лимфатические узлы, на разрезе представленные серо-желтыми массами творожистого вида. *При микроскопическом исследовании* в стенки тощей кишки участок казеозного некроза, распространяющийся на все слои, на париетальной и висцеральной брюшине казеозно-некротические язвы. Вокруг некроза клеточный инфильтрат представленный эпителиоидными клетками, лимфоцитами и единичными клетками Пирогова-Лангханса. В мезентериальных лимфатических узлах идентичная гистологическая картина.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите локализацию органных поражений, морфологическую форму патологического процесса.

3.Назовите осложнение основного заболевания.

4.Объясните механизм развития осложнений.

**Ситуационная задача № 85**

 У мужчины 40 лет появились общая слабость, кашель с мокротой, повышение температуры тела до 38,5 градусов, повышенная потливость. В крови повышение СОЭ, лимфопения, моноцитоз. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено: расширение средостения за счет увеличения размеров трахеобронхиальных лимфатических узлов. Антибактериальная терапия – без эффекта. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфатических узлов. *Микроскопически:* в ткани лимфатических узлов очаги специфического продуктивного воспаления с обширными зонами казеозного некроза и лимфоклеточной инфильтрацией, наличием кальцинатов. При окрашивании по Цилю-Нельсену в макрофагах обнаружены многочисленные кислотоустойчивые палочки.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.О чем могут свидетельствовать кальцинаты в пораженных лимфатических узлах.

3.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

4.Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

**Ситуационная задача № 86**

 У женщины 30 лет появился непродуктивный кашель, незначительная одышка, повышение температуры тела до 37,5 градусов Цельсия. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено увеличение в размерах лимфоузлов средостения. Из анамнеза известно, что точно такое же увеличение лимфоузлов средостения было зафиксировано 1 год назад при плановом диспансерном обследовании. Лечения не получал. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфоузла средостения. *Микроскопически:* рисунок строения лимфатического узла изменен многочисленными сливающимися «штампованными» округлыми гранулемами, образованными эпителиоидными клетками. Гранулемы, кроме эпителиоидных клеток, содержат немногочисленные гигантские многоядерные клетки. В некоторых гигантских клетках отчетливо видны слоистые базофильные структуры – конхоидные тельца. Очаги некрозов в гранулемах не обнаруживаются.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите стадии и формы данной патологии легких.

3.Объясните природу конхоидных телец.

4.Перечислите возможные осложнения заболевания легких.

5.Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

**Ситуационная задача № 87**

 Труп ребенка 1,5 года истощенного. *При вскрытии*: в правом легком под плеврой патологический очаг бело-желтого цвета около 2 см. Лимфатические узлы корней легких увеличены до 2 см. в поперечнике, с подобными участками бело-желтого цвета, консистенции свежего, мягкого творога. Ткань обоих легких отечная, во всех отделах видны множественные мелкие белесоватые очаги размерами с просяное зерно. Такие же очажки имеются в брюшине, плевре и мозговой оболочке, которая утолщена, желатиноподобного вида.

*При микроскопическом исследовании* мелкие очажки представлены гранулемами, в центре которых некроз и инфильтрация эпителиоидными клетками по периферии. Очаг под плеврой и ткань лимфатического узла ворот корня легкого представлены казеозным некрозом.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите клинико-морфологическую форму прогрессирования данной патологии.

3.Назовите морфологический субстрат основного заболевания.

4.Назовите гистологический патогномоничный признак данного заболевания.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 88**

 В реанимационное отделение с приступом удушья доставлен ребёнок 9 лет. В гортани и трахеи обнаружены серо-жёлтые легко отделяющиеся плёнки, обтурирующие просвет. После операции трахеостомии дыхание было восстановлено, но через неделю повысилась температура тела до 37,5 С, появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, в лёгких стали выслушиваться влажные хрипы.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите осложнение основного заболевания и его составляющие.

3.Назовите патологический процесс, способствующий ухудшению

 состояния ребенка, объясните механизм его развития.

4.Назовите редко встречающиеся формы заболевания.

5.Перечислите возможные общие осложнения основного заболевания.

 **Ситуационная задача № 89**

 У ребёнка 5 лет появились боли в горле, повысилась температура тела. На 2-й день от начала заболевания выявлена мелкоточечная ярко-красная сыпь, покрывающая поверхность тела, за исключением носогубного треугольника. При осмотре горла - ярко-красные зев, малиновый язык, миндалины увеличены, на поверхности сероватая пленка, плотна соединенная с подлежащей тканью, после отторжения которой остаются глубокие дефекты - язвы, некоторые с гнойным расплавлением. В перитонзиллярной ткани — отек, мелкие кровоизлияния.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите воспалительную тканевую реакцию в месте входных ворот.

3.Назовите заболевания с экзантемой, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.

4. Назовите формы тяжелого течения болезни и их проявления.

**Ситуационная задача №90**

 У девочки 15 лет поднялась температура, появились боли в горле, миндалины воспалились по типу фолликулярной ангины. В крови уровень гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов снижены, количество лейкоцитов повышенно. Увеличились шейные лимфатические узлы, селезенка и печень. Появилась розеолезная сыпь на лице, туловище, конечностях, на слизистых оболочках петехиальные кровоизлияния, мелена. Девочка умерла. На вскрытии: увеличение периферических и висцеральных лимфатических узлов, селезенки и печени. Глоточные миндалины увеличены, слизистая оболочка зева гиперемирована с кровоизлияниями. *При микроскопическом исследовании* лимфатических узлов и селезенки наличие крупных лимфобластных клеток с большим количеством митозов. В междольковой соединительной ткани печени – обильные инфильтраты из крупных мононуклеарных клеток.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2**.**Назовите характерный признак в формуле крови при этом заболевании.

3.Объясните, чем обусловлено развитие кровоизлияний.

4.Назовите цитогенетические прогностические признаки при данной патологии.

**Ситуационная задача №91**

 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 № 92**

 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 № 93**

 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 № 94**

 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 № 95**

 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 № 96**

 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 № 97**

 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 № 98**

 У женщины 57 лет обнаружено новообразование щитовидной железы. Макроскопически одиночный опухолевый узел однородного строения, рыжевато-коричневатого цвета, округлой формы, диаметром 10 см, окружен капсулой.

*При микроскопическом исследовании* ткань щитовидной железы состоит из крупных фолликулов, заполненных коллоидным содержимым, отмечаются мелкие кровоизлияния, очаги некроза, склероза и обызвествления.

1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.

2.Назовите гистологический вид опухоли.

3.Назовите две клинико-морфологические формы данной патологии.

4.Назовите отличительные признаки данного заболевания от болезни Базедова.

**Ситуационная задача № 99**

 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.

**Ситуационная задача № 100**

 Женщина 40 лет с жалобами на общую слабость, утомляемость, увеличение и уплотнение щитовидной железы, чувство неловкости и дискомфорта в области шеи.

В крови уровень тиреоидных гормонов снижен, высокий титр аутоантител к ткани щитовидной железы. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании атрофия фолликулов на фоне выраженной лимфоидноклеточной инфильтрации стромы, с образованием лимфоидных фолликулов, разрастание соединительной ткани.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите причину заболевания.

3.Перечислите факторы риска развития данной патологии.

4.Перечислите клинические варианты заболевания.

5.Назовите возможные осложнения болезни.

**ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**ПО ЧАСТНОМУ КУРСУ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ**

**Ситуационная задача№1**

1.Хроническая ИБС. Хроническая аневризма сердца. Хроническое венозное полнокровие паренхиматозных органов.

2.Ишемический инфаркт головного мозга.

3.Тромботические массы (дилатационный тромб) в полости хронической аневризмы сердца стали источником тромбоэмболии сосудов головного мозга и привели к развитию ишемического некроза.

4. Атеросклероз коронарных сосудов.

5. Острое нарушение мозгового кровообращения. (Ишемический инсульт).

**Ситуационная задача№2**

1.Ревматизм. Кардиоваскулярная форма: ревматический тромбоэндокардит, гранулематозный миокардит, фибринозный перикардит. Мелкоочаговый периваскулярный кардиосклероз.

2. Отек легких.

3.Ревматическая атака способствовала декомпенсации сердечной деятельности, развитию острой левожелудочковой недостаточности, острого венозного полнокровия и альвеолярного отека легких.

4.Гранулематозный миокардит.

5.Острая сердечно-легочная недостаточность.

**Ситуационная задача№3**

1.Острая ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда.

2. Тромбоз коронарной артерии.

3. Атеросклероз коронарных артерий*.*

4. Острая сердечная недостаточность.

5. Хронический бронхит. Пневмосклероз.

**Ситуационная задача№4**

1.Ишемическая болезнь сердца. Первичный инфаркт миокарда.

2.Спазм коронарных артерий.

3.Атеросклероз коронарных сосудов. Мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз.

4.Атеросклеротический нефросклероз.

5*.*В основе первично-сморщенной почки лежит ангиогенный механизм развития атрофии и склероза почечной паренхимы, обусловленный первичным поражением почечной артерии, на фоне атеросклероза и гипертонической болезни.

**Ситуационная задача№ 5**

1.Хроническая ИБС. Хроническая аневризма сердца. Атеросклеротический кардиосклероз.

2. Гемосидероз легких, пневмосклероз в результате хронической левожелудочковой недостаточности.

3. Хроническое венозное полнокровие приводит к повышению проницаемости, диапедезным кровоизлияниям и внесосудистому гемолизу эритроцитов. Образующийся пигмент гемосидерин накапливается в клетках и строме, что обуславливает коричневый цвет легких. Пневмосклероз является результатом хронической тканевой гипоксии и активации фибробластов.

4. Хроническая сердечно-легочная недостаточность.

**Ситуационная задача№6**

1.Цереброваскулярная болезнь. Кровоизлияние в головной мозг с формированием гематомы.

2.Разрыв стенки сосуда при изъязвление атеросклеротической бляшки или гиалинозе артериол.

3. Прогрессирующий атеросклероз сосудов головного мозга.

4.Острое нарушение мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт.

5.Инсульт - остро развивающееся нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся повреждением ткани мозга и расстройством его функций.

**Ситуационная задача№7**

1.Цереброваскулярная болезнь. Ишемический инфаркт головного мозга.

2.Атеротромботический ишемический инсульт, произошедший по причине атеросклероза крупных артерий, результатом которого стала артерио-артериальная эмболия.

3.Гипостатическая пневмония.

4.Патоморфологической основой развития гипостатической пневмонии является застой в малом круге кровообращения, связанный с гемодинамическими расстройствами, сопровождающимися нарушением дренажной функции бронхов и легочной вентиляции. В условиях гипостаза и гиповентиляции в бронхах скапливается мокрота, развивается патогенная микрофлора, вызывающая развитие застойной пневмонии.

5.Атеросклероз аорты. Атеросклеротический нефросклероз.

**Ситуационная задача№8**

1.Хроническая обструктивная болезнь легких. Хронический обструктивный бронхит. Буллезная эмфизема легких. Пневмосклероз.

2.Хроническое легочное сердце.

3.Склероз легочных сосудов и пневмосклероз приводят к развитию гипертензии малого круга кровообращения и гипертрофии правого желудочка сердца. Развивается прогрессирующая правожелудочковая недостаточность.

4.Хроническое венозное полнокровие паренхиматозных органов в большом круге кровообращения: мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки, отеки.

5.Хроническая сердечно-легочная недостаточность.

**Ситуационная задача№9**

1. Крупозная пневмония, стадия серого опеченения.

2. Гангрена легкого.

3.Этиопатогенез гангрены: снижение иммуноло­гической реактивности организма, инфи­цирование дыхательных путей аэробной микробной флорой в сочетании с нарушение легочного крово­обращения на фоне хронической алкогольной интоксикации.

4. Патологические изменения в сердце связаны с глубокой интоксикацией организма.

5.Лёгочное кровотечение, пиопневмоторакс, сепсис, абсцессы мозга.

**Ситуационная задача№10**

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№11**

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№12**

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_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29), 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№13**

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 № 14**

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№15**

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№16**

1.Острый поверхностный эрозивный гастрит.

2.Причины экзогенного гастрита: погрешности в диете,

3. Острая язва характеризуется некрозом мышечной пластинки слизистой оболочки.

4.Диапедезные кровоизлияния сопровождаются гемолизом эритроцитов и образованием пигмента - солянокислого гематина, имеющего черный цвет.

5. а) Фибринозный: крупозный и дифтеритический.

 б) Флегмонозный

 в) Некротический

**Ситуационная задача№17**

1.Острый дифтеритический гастрит.

2.Фибринозно-некротическая тканевая реакция.

3.Виды фибринозного воспаления - дифтеритическое и крупозное. Разновидность фибринозной пленки зависит от глубины некроза и вида подлежащего эпителия.

4.Инфекционные заболевания - корь, сепсис, скарлатина, брюшной тиф.

5.Желудочное кровотечение, вследствие изъязвления слизистой оболочки.

**Ситуационная задача№18**

1. Хронический атрофический гастрит с перестройкой эпителия по кишечному типу**.**

2. Воспалительное заболевание, в основе которого лежит дисрегенераторный процесс, характеризующийся развитием метаплазии.

3. Предраковое заболевание.

4. Тонкокишечная и толстокишечная метаплазия.

5.Желудочный эпителий, в очагах метаплазии всасывает липиды, с возможным накоплением в них канцерогенов, что приводит к развитию дисплазии и рака.

**Ситуационная задача№19**

1. Язвенная болезнь желудка. Стадия острой язвы.

2.Ферменты Helicobacter повреждают микроворсинки эпителиоцитов, действуют на слизь, способствуя её липолизу и протеолизу, деградации гликопротеинов и липидов. При истончении слоя слизи возникает обратная диффузия водородных ионов и покровный эпителий, получает ещё большее повреждение под их действием, и пепсина.

3. Преобладание кислотно-пептического фактора агрессии над факторами защиты слизистой оболочки. Основной патофизиологический механизм развития пилородуоденальных язв - гиперсекреция соляной кислоты,

обусловленная, повышенным содержанием гастрина в связи с гиперплазией *G*-клеток и гистамина. Кислотно-пептическому повреждению слизистой оболочки, способствует и нарушение моторики.

4. Симптоматические язвы чаще множественные, сочетаются с эрозиями, без перифокального воспалительного процесса, часто осложняются прободением.

5. Хронический атрофический гастрит с толстокишечной метаплазией.

**Ситуационная задача№20**

1. Язвенная болезнь желудка. Фаза обострения.

2.Морфологический субстрат язвенной болезни - рецидивирующая язва.

3.Деструктивные -перфорация язвы, кровотечение, пенетрация. Воспалительные -гастрит, перигастрит. Рубцовые - стеноз входного и выходного отверстий желудка, деформацияжелудка.

4. На фоне язвенной болезни возможно развитие второй болезни – рака желудка.

5.Язва-рак: обширное разрастание рубцовой ткани, склероз и тромбоз сосудов, разрушение мышечного слоя в рубцовом дне язвы и утолщение слизистой оболочки вокруг язвы. Первично-язвенный рак желудка - мышечный слой сохраняется, хотя он и бывает инфильтрирован опухолевыми клетками. Опухоль растет преимущественно экзофитно в одном из краев язвы или вдоль всей ее окружности.

**Ситуационная задача№21**

1.Язвенная болезнь 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу.

2.Хронический панкреатит.

3.Виды хронического панкреатита: интерстициальный, паренхиматозный, склерозирующий и калькулезный.

4.Осложнения хронического панкреатита: рубцово - воспалительное стенозирование общего желчного и панкреатического протока, дуоденального сосочка с развитием механической желтухи. Абсцедирование, киста и кальцификаты поджелудочной железы, тяжелый сахарный диабет, тромбоз селезеночной вены.

5.Рак поджелудочной железы.

**Ситуационная задача№22**

1.Высокодифференцированная аденокарцинома.

2.Рак желудка. Злокачественная эпителиальная опухоль.

3.Язвенная болезнь желудка.

4.-Helicobacter pilori и вирусы герпеса человека (ГВЧ-4,5,6,7,8), поддерживают хроническое воспаление в стенке желудка и являются маркерами выраженного иммунодефицитного состояния и опосредованными канцерогенами;

-генерация клетками, при хроническом воспалении, различных факторов роста и онкобелков, способствующих пролиферации эпителия;

-в рубцовой ткани происходит депонирование экзо- и эндогенных канцерогенов вызывающих активацию протоонкогенов, гипоксия и иммуннодепрессия ведет к разобщению межклеточных взаимодействий, изменению состава коллагенов межклеточного матрикса.

5.Крукенберговский рак яичников, Вирховский метастаз в правый надключичный лимфатический узел, Шницлеровские метастазы в лимфатические узлы параректальной клетчатки.

**Ситуационная задача№23**

1. Гипертрофическая  гастропатия. Гиперпластически- гиперсекреторная форма.

2. Синдром Золлингера-Эллисона

3. Пептическая язва развивается в связи с гиперсекрецией соляной кислоты в желудке и ее ульцерогенного действия на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

4. Синдром Золлингера–Эллисона дифференцируют с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, гастриномой поджелудочной железы, с гипергастринемией при гипертиреозе, гастрите, стенозе привратника и В12-дефицитной анемии.

5. Осложнения: перфорации и желудочно-кишечные кровотечения.

**Ситуационная задача№ 24**

1. Гипертрофическая гастропатия. Гиперпластически -атрофическая форма.

2.Патогенез болезни реализуется через значительное увеличение трансформирующего фактора роста альфа (TGF-alpha), который усиливает продукцию желудком слизи и ингибирует секрецию кислоты.

3.Болезнь Менетрие.

4. Дифференциальный диагноз с полипами желудка и распространенным семейным полипозом, доброкачественными и злокачественными опухолям и желудка, с синдромой Золлингера - Эллисона и поражением желудка при туберкулезе и сифилисе.

5. Осложнения: кровотечение, обструкция привратника, недостаточность анастомоза при хирургическом лечении, редко - развитие рака желудка,

сепсис и сосудистые тромбоэмболические осложнения.

**Ситуационная задача№ 25**

1. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит.

2. Простой аппендицит характеризуется нарушением внутриорганного кровообращения, болевым приступом на фоне ишемических расстройств.

Поверхностный аппендицит связан с формированием в слизистой оболочке фокуса гнойного воспаления.

3. Периаппендицит, мезентериолит, перитонит, пилефлебитические абсцессы, гангренозный аппендицит.

4. Дифференциальная диагностика с заболеваниями органов брюшной полости, характеризующихся клиникой острого живота.

**Ситуационная задача№ 26**

1. Хронический аппендицит.

2. Хронический аппендицит развивается после перенесеного острого.

3.Заболевание характеризуется склеротическими и атрофическими процессами, на фоне которых могут возникать воспалительно-деструктивные изменения, которые сменяются разрастанием грануляционной ткани в стенке и просвете отростка. Между серозной оболочкой отростка и окружающими тканями образуются спайки.

4.Гидроцеле, мукоцеле, псевдомиксоматоз брюшины, эмпиема червеобразного отростка.

5.Эмпиема –скопление гноя в расширенном просвете аппендикса при наличие в нем спаечного процесса.

**Ситуационная задача№ 27**

1.Острый флегмонозный перфоративный аппендицит. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

2.Сепсис. Септикопиемия.

3.Абсцедирующая пневмония.

4. Формы абдоминального сепсиса: перитонеальная, панкреатогенная и кишечная.

5.Первичный перитонит - гематогенного происхождения с инфицированием брюшины из экстраперитонеального источника.

Вторичный перитонит -форма осложненной интраабдоминальной инфекции и основная причина абдоминального сепсиса у хирургических больных, вследствие деструктивных поражений органов брюшной полости и реже - различных абдоминальных вмешательств.

Третичный -эта рецидивирующая и персистирующая форма перитонита развивается у больных в критических состояниях с повреждением механизмов местной и системной противоинфекционной защиты.

**Ситуационная задача№ 28**

1. Токсическая дистрофия печени. (Массивный прогрессирующий некроз печени).

2.Острый гепатоз.

3.Причины развития - вирусный гепатит, отравления этиловым спиртом, гепатотропными ядами и лекарственными веществами, выраженные кровопотери и циркуляторные расстройства, сопровождающиеся гипоксией, цирроз печени при воздействии таких провоцирующих факторов, как интеркуррентная инфекция, оперативные вмешательства, прием большой дозы мочегонных средств, токсикозы беременных.

4. Геморрагический синдром и острая почечная недостаточность проявление диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

5.Печеночно-почечная недостаточность.

**Ситуационная задача№ 29**

1.Аутоиммунный гепатит.

2.а.Аутоиммунный гепатит 1 типа – выявляются антитела к актину, SMА и ANA антитела.

б.Аутоиммунный гепатит II типа – выявляются антитела к печеночным/почечным микросомам 1 типа (анти-LKM-l), встречается чаще в молодом возрасте, сопутствуют иммунные заболевания и определяются органоспецифические антитела, низкий уровень IgA в сыворотке крови, чаще приводит к развитию цирроза печени, часто больны гепатитом С.

в.Аутоиммунный гепатит III типа – выявляются антитела к растворимому печеночному антигену (SLA).

3.Основу патогенеза составляет дефицит иммунорегуляции: снижение субпопуляции Т-супрессорных лимфоцитов, что приводит к неуправляемому синтезу В-клетками IgG и разрушению мембран клеток печени – гепатоцитов, появлению характерных сывороточных антител (ANA, SMA, анти-LKM-l).

4. Аутоиммунный тиреоидит

Болезнь Грейвса

Ревматоидный артрит

Синовит

Неспецифический язвенный колит

**Ситуационная задача№ 30**

1. Острый вирусный гепатит А.

2. Классическая циклическая желтушная форма.

3.Выявление в крови JgMHAVAb- наилучший способ определения активного гепатита А.

4. Вирус гепатита А вызывает белковую дистрофию и некроз гепатоцитов, обладая прямым цитолитическим действием на печеночные клетки.

5.Вирусный гепатит А заканчивается выздоровлением.

 Вирусоносительство и хроническое поражение печени не развиваются.

 Вирусный гепатит А не ассоциирован с гепатоцеллюлярной карциномой.

**Ситуационная задача№31**

1.Острый гепатит. Холестатическая форма.

2.Ультразвуковое исследование выявило холестаз. В норме внутрипеченочные протоки не визуализируются.

3.Зуд кожи.

4.Острый вирусный гепатит, реже осложненные гнойно-воспалительными процессами хронические холециститы, желчнокаменная болезнь, атрезия желчных путей у новорожденных, лекарства.

5.Возможно полное выздоровление, затяжное и хроническое течение. Прогноз благоприятный.

**Ситуационная задача№ 32**

1.Хронический активный вирусный гепатит В.

2. HBsAg и HBeAg. Матово-стекловидные гепатоциты, «песочные ядра».

3.Взаимодействие иммунокомпетентных клеток с вирусосодержащими гепатоцитами, нарушение процесса распознавания антигенов на поверхности печеночных клеток и их элиминации.

4.Условия формирования хронического вирусного гепатита

 -дефицит Т-системы иммунитета

-снижения функциональной активности макрофагов

 -ослабления системы интерфероногенеза

 -отсутствия эффективного специфического антителогенеза

-ключения печени в аутоиммунный процесс.

5. Прогрессирование заболевания ведет к циррозу. Хронический активный гепатит в значительной степени ассоциирован с гепатоцеллюлярной карциномой.

**Ситуационная задача № 33**

1. Хронический персистирующий гепатит.

2. Вирусы гепатита В или С, алкоголь, экзогенные токсины, медикаменты.

3.Хронический персистирующий вирусный гепатит возникает в условиях генетически обусловленного слабого иммунного ответа. Все показатели клеточного звена иммунитета пропорционально снижены, что затрудняет элиминацию вируссодержащих гепатоцитов.

4.Неправильное лечение, преждевременная выписка, отягощенный преморбидный фон, наличие сопутствующих и хронических заболеваний, употребление алкоголя, наркотиков, а также суперинфицирование другими гепатотропными вирусами.

**Ситуационная задача № 34**

1. Хронический алкогольный стеатогепатит.

2.Массивный прогрессирующий некроз печени.

3.Для медикаментозного поражения печени характерна воспалительная инфильтрация с примесью эозинофилов, гранулемы неспецифического строения, дистрофия эпителия желчных капилляров, перипортальны й холестаз.

4.Дифференциальная диагностика алкогольного и диабетического стеатоза: алкоголь –стеатоз, перивенулярный фиброз, сидероз; при сахарном диабете –стеатоз, «дырчатые ядра» (гликоген).

**Ситуационная задача № 35**

1. Постнекротический цирроз печени.

2.Желудочно-кишечное кровотечение. Механизм развития кровотечения связан с варикозным расширением портокавальных анастамозов при развитии синдрома портальной гипертензии, в пользу которого говорят наличие асцита и спленомегалии.

3. Инфекции: гепатиты B, C, D

-Аутоиммунные поражения: АИГ, ПБЦ, ПСХ.

-Метаболические нарушения связанные с ферменпатиями

-Обструкция крупных желчных протоков: врожденная атрезия желчных протоков, ЖКБ, стриктуры

-Сосудистая патология: синдром Budd-Chiari, веноокклюзионная болезнь,

-Медикаментозное и токсическое поражение печени.

4.Желтуха, геморрагический синдром, печеночная энцефалопатия.

**Ситуационная задача № 36**

1. Алкогольный цирроз печени.

2. Портальный цирроз.

3.Алкогольный стеатогепатит.

4. Состояния, ассоциированные с наличием телец Мэллори:

Алкогольное поражение, продолжительный холестаз, медикаментозное поражение, болезнь Вильсона.

5.Диф/диагностика медикаментозного и алкогольного цирроза:

 Общие признаки: мелкоузловой, монолобулярный, наличие стеатоза, телец

 Мэллори.

 Отличия: отсутствие гемосидероза, незначительное количество нейтрофильных лейкоцитов, отсутствие внутридолькового фиброза и перицеллюлярного.

**Ситуационная задача № 37**

1.Первичный биллиарный цирроз печени.

2. Негнойный деструктивный холангит.

3. Асцит, развивается вследствие варикозного расширения мезентериальных сосудов, на фоне портальной гипертензии.

4.Причину развития негнойного деструктивного холангита связывают с гранулематозным воспалением аутоиммунной природы.

5.Дифференциальная диагностика с аутоиммунным гепатитом:

 -поражение долек преобладает над поражением желчных протоков

 -поражением мелких желчных протоков и холангиол

 -отсутствие редукции желчных протоков

 -отсутствие макрофагальных гранулем

Дифференциальная диагностика с первичным склерозирующим холангитом:

 -поражает средние, крупные и подпеченочные желчевыводящие пути

 -фиброз значительно преобладает над воспалительной инфильтрацией

**Ситуационная задача № 38**

1.Острый гангренозный холецистит.

2. Бактериальная инфекция и застой желчи: дискинезия желчных путей, врожденная деформация выходной части желчного пузыря, воспаление фатерова соска, камни, сосудистые нарушения в стенке пузыря, опухоли брюшной полости, беременность; панкреатобилиарный рефлюкс, паразитарные заболевания.

3. Инфекция проникает из двенадцатиперстной кишки, с током крови и лимфы из очагов острой или хронической инфекции.

4. Осложнения: перфорация желчного пузыря, гнойный или желчный перитонит, образование свищей или абсцессов, острые холангиты, реактивный панкреатит.

**Ситуационная задача № 39**

1. Хронический калькулезный холецистит.

2.Местные факторы- воспаление, застой мочи, нарушение моторики; общие факторы- общие факторы - нарушение минерального обмена, жирового и белкового, авитаминозы.

3. Ваготомия, резекция тонкой кишки, наличие послеоперационных лигатур в общем желчном протоке, травмы пузыря и протоков, диета с высоким содержанием животных жиров, нерегулярное питание, наследственность, длительное использование гормональной контрацепции. Хронический гастрит, дуоденит, панкреатит, цирроз печени, болезнь Крона, гельминтозы.

4.Осложнения - эрозии и изъязвления слизистой оболочки желчного пузыря с последующим образованием перифокального спаечного процесса, деформация желчного пузыря и нарушения оттока пузырной желчи, "мукоцеле", "водянка", "эмпиема" желчного пузыря.

**Ситуационная задача №40**

1. Острый панкреатит. Геморрагический панкреонекроз.

2. Основные причины острого панкреатита.

-Желчная гипертензия.

-Застойные явления в верхних отделах пищеварительного тракта.

-Нарушение жирового обмена.

-Расстройства кровообращения в железе, ишемия.

-Пищевые и химические отравления.

-Общая и местная инфекция.

3.Формы острого панкреатита:

-интерстициальный панкреатит,

 -геморрагический панкреонекроз,

 - жировой панкреонекроз,

-острый холецистопанкреатит,

-гнойный панкреатит.

4.Осложнения острого панкреатита: забрюшинная флегмона, абсцесс поджелудочной железы с кровотечением и образованием свищей желудка, двенадцатиперстной кишки, толстой и тонкой кишок, перитонит, киста поджелудочной железы, сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи, сепсис.

**Ситуационная задача № 41**

1.Острый постинфекционный гломерулонефрит.

2.Мезангиокапиллярный вариант.

3.Интракапиллярный продуктивный гломерулонефрит.

4.Хроническая почечная недостаточность.

5.Очаг Гона свидетельствует о зажившем первичном туберкулезном комплексе или как минимум первичном туберкулезном аффекте.

**Ситуационная задача №42**

1.Быстропрогрессирующий злокачественный гломерулонефрит. Подострая форма.

2.Экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит с полулуниями.

3. В основе образования полулуний играет роль первичный разрыв стенки капилляра с проникновением иммунных комплексов и моноцитов в полость эпителиальной капсулы. Моноциты превращаются в макрофаги и эпителиоидные клетки, образуется гранулема , которая сдавливает клубочек затрудняя и прекращая образование первичной мочи. Полулуния фиброзируются, клубочек полностью облитерируется.

4.Синдром Гудпасчера, болезнь Бирже.

5.Поверхностный эрозивный гастрит.

**Ситуационная задача №43**

1.Хронический гломерулонефрит.

2. Мезангиопролиферативный вариант.

3.Внепочечные симптомы гломерулонефрита: дис- и гипопротеинемия, отеки, артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, азотемия.

4. Нефритическим синдромом.

5.Симптоматическая почечная артериальная гипертензия повышает гемодинамическую нагрузку на левый желудочек сердца, увеличивает его сократительную деятельность и приводит к гипертрофии миокарда.

**Ситуационная задача № 44**

1. ХОБЛ. Бронхоэктатическая болезнь легких.

2.Хронический обструктивный бронхит, характеризующийся деструктивными и атрофическими процессами в стенке бронха и формированием мешковидных выпячиваний (бронхоэктазов), с гнойным содержимым.

3.Абсцедирующая бронхопневмония. Инфицированная слизь в полостях бронхоэктазов является источником поддержания хронического воспаления и образования перибронхиального пневмонического очага. Воспалению способствует еще и нарушение дренажной функции бронхиального дерева.

4. Амилоидоз почек.

5.Хронические гнойно- деструктивные процессы в легких ведут к интоксикации организма и как следствие –нарушению общего белкового обмена.

**Ситуационная задача № 45**

1.Некротический нефроз.

2. Острая кровопотеря.

3.Ишемические факторы: резкое снижение артериального давления-шок, уменьшение ОЦК, острая кровопотеря при акушерской патологии, сосудистые причины-стеноз почечной артерии, разрыв аневризмы аорты обезвоживание - ожоговая болезнь, инфекции с выраженной рвотой и диареей.

Токсические факторы: переливание несовместимой крови, Краш-синдром, нефротоксические яды и лекарства, тяжелые инфекции и эндогенные интоксикации - токсикоз беременных, кишечная непроходимость, перитонит.

4. «Шоковая почка».

5. Острая почечная недостаточность с летальным исходом или благоприятный исход с развитие нефросклероза и хронической почечной недостаточности.

**Ситуационная задача № 46**

1.Хронический тубулоинтерстициальный нефрит.

2.Причины развития: лекарства-антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, бактериальная инфекция, обструкция мочевыводящих путей, саркоидоз, синдром Шегрена, нефротиз.

3. Развивается интерстициальное продуктивное воспаление с исходом в фиброз и атрофией канальцевого аппарата.

4.Развитие тубулоинтерстициального нефрита связано с иммунопатологическими реакциями с преимущественно клеточным иммунным цитолизом.

5.Хроническая почечная недостаточность.

**Ситуационная задача № 47**

1.Острый пиелонефрит.

2.Удаление почки связано с ее абсцедированием.

3.Острый пиелонефрит, при неосложненном течении, характеризуется лейкоцитарной инфильтрацией чашечно-лоханочной системы и интерстиция. Наличие сопутствующих хронических болезней, сниженного иммунитета, пожилой возраст, ведет к осложненному течению заболевания с формированием в ткани почки абсцессов.

4.Нарушение оттока мочи с восходящим инфицированием, на фоне заболевания предстательной железы.

5. Сепсис.

**Ситуационная задача № 48**

1.Хронический пиелонефрит. Обострение.

2.IV стадия хронического пиелонефрита. Термин «тиреоидизация» означает атрофированные, кистозно расширенные канальцы с коллоидным содержимым, сходные с микроскопической картиной коллоидного зоба щитовидной железы.

3.В слизистой оболочке лоханки плоскоклеточная метаплазия. В интерстиции инкапсулированные абсцессы.

4.Пиелонефритическая вторично-сморщенная почка.

5.Анальгетическая нефропатия.

**Ситуационная задача № 49**

1.Хронический гломерулонефрит. Фибропластическая форма.

2.Нефросклероз, с развитием вторично-сморщенной почки, характеризующейся атрофией и склерозом на фоне первичного поражения клубочков воспалительной природы.

3.Уремический синдром – аутоинтоксикация и глубокое нарушение клеточного метаболизма, связанные с задержкой в организме азотистых шлаков, развитием ацидоза и нарушениями электролитного баланса.

4. Патогенез патологических изменений миокарда объясняется перегрузкой сердца в связи с гиперволемией и артериальной гипертензией, и дефицитом энергетического обеспечения работы сердца на фоне анемии, гипоксемии, нарушения углеводного, липидного и белкового обмена.

5.Хроническая почечная недостаточность.

**Ситуационная задача № 50**

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 № 51**

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 №52**

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 №53**

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№54**

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 №55**

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 №56**

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 №57**

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 №58**

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 №59**

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 №60**

1.Медицинский аборт с перфорацией матки.

2.Маточный сепсис. Септицемия.

3.Матка, трубы, почки, плацента, яичники, молочная железа,постинъекционные абсцессы и абсцессы промежности.

4.Септический аборт, роды,эндометрит, метроэндомиометрит, пиелонефрит, карбункул почки,параметрит, пельвиоперитонит,нагноившаяся гематома,мастит,мембранит (хориоамнионит), плацентит, фуникулит,плановое кесарево сечение.

5.Быстрое прогрессирование заболевания.Короткая острая фаза манифестации заболевания с дальнейшим стертым клиническим течением (на фоне а/б терапии).

Повышение частоты акушерского сепсиса, вызванного условно-патогенной флорой и внутриклеточными атипичными возбудителями, устойчивыми к антибиотикам.

Присоединение аутоиммунного компонента воспаления.

**Ситуационная задача №61**

1.Мастопатия.

2.Ведущая роль в возникновении мастопатии принадлежит гормональным нарушениям на фоне нарушения регуляторной деятельности центральной нервной системы, нарушении функции яичников, надпочечников, щитовидной железы и печени, сахарного диабета.

*3.*Непролиферирующая эпителиальная гиперплазия.

4.Заболевание проявляется в двух формах: диффузной, когда поражается большая часть железы, и узловой, когда ограничено одним или несколькими узлами.

5.Непролиферирующая эпителиальная гиперплазияотносится к факультативному предраку.

**Ситуационная задача №62**

1.Злокачественная опухоль молочной железы.

2.Аденокарцинома.

3.Предраковый процесс: дисгормональная мастопатия (фиброзно-кистозная болезнь молочной железы, фиброаденоматоз).

4.Прогноз определяется стадией развития рака, гистологическим видом и степенью ее дифференцировки. При инвазивной форме рака характерны метастазы в регионарные лимфатические узлы, возможно рецидив опухоли и отдаленные гематогенные метастазы в легкие, печень и кости.

**Ситуационная задача №63**

1.Доброкачественная опухоль молочной железы.

2.Фиброаденома.

3. Интраканаликулярный вариант –пролиферирующая строма сдавливает железистые структуры, которые приобретают вид щелей или ветвящихся полос. Периканаликулярный вариант – строма концентрически окружает протоки, железистые полости при этом имеют округлую или овальную форму.

4. Верхне-наружный квадрант молочной железы.

5.Не рецидивирует. Риск малигнизации очень низок. Прогноз благоприятный.

**Ситуационная задача №64**

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 №65**

1.Ретенционный мастит.

2.Хроническое продуктивное воспаление в стенке протоков и образование гранулем инородных тел в окружающей строме.

3.Эктазия протоков молочной железы.

4.Симулирует опухоль, так как происходит уплотнение и деформация молочной железы, связанное с разрастанием соединительной ткани в протоках и окружающих их тканях.

**Ситуационная задача №66**

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 №67**

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 №68**

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 №69**

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 №70**

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 № 71**

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№72**

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 №73**

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 №74**

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 №75**

1.Нефропатия беременных.

2.Нарушение инвазии трофобласта с нарушением гестационной перестройки спиральных артерий матки и как следствие – ишемия плаценты.

3. -Ишемизированная плацента продуцирует вещества-вазопрессоры, которые приводят к распространенному спазму артериол.

-Накопление в ишемизированной плаценте токсических метаболитов стимулирует выработку простагландинов и вазоконстрикторов, гормонов надпочечников (альдостерона, катехоламинов), синтез почками гормона ренина и его экстраренальную продукцию самой маткой и плацентой. Токсические метаболиты образуя иммунные комплексы повреждают почечные клубочки.

4. Самопроизвольное прерывание беременности, задержка развития плода, преждевременная отслойка плаценты, гипоксия или асфиксия плода, преждевременные и осложненные роды – аномалии родовой деятельности, кровотечения.

**Ситуационная задача №76**

1.Преждевременная отслойка плаценты.

2.Эмболия околоплодными водами. Молниеносная форма.

3.Шок с легочно-сердечной недостаточностью.

4. Амниотические воды закупоривая мелкие сосуды легких, приводят к рефлекторному спазму сосудов малого круга кровообращения, нарушению микроциркуляции в легочных капиллярах, изменению вентиляционно-перфузионных отношений и гипоксии.

Повышение давления в правом желудочке и легочной артерии, приводит к перегрузки и острой правожелудочковой недостаточности, снижению венозного возврата к левым отделам сердца, уменьшению сердечного выброса, снижению АД с развитием коллапса. Происходит расширение сосудов в большом круге кровообращения с падением общего периферического сопротивления.

5.Причина гибели плода – внутриутробная асфиксия.

**Ситуационная задача №77**

1.Плацентарный полип.

2.Самопроизвольные и искусственные аборты, перенесенные до беременности, неумелое или не тщательное удаление остатков плодного яйца или плаценты.

3.Анемия, эндомиометрит, хроническое воспаление, нарушения функции яичников, препятствие прикреплению оплодотворенной яйцеклетки к оболочке матки, бесплодие.

4.Трофобластическая болезнь беременности – хориоэпителиома.

**Ситуационная задача №78**

1.Гестационная трофобластическая болезнь.

2.Пузырный занос.

3.Полный пузырный занос возникает при однородительской дисомии, когда происходит потеря материнских генов и дублирование отцовского гаплоидного генома. Эмбрион погибает на ранних стадиях развития, до установления плацентарного кровообращения

Неполный пузырный занос вызван триплоидией в результате оплодотворения яйцеклетки двумя сперматозоидами (диспермия) с задержкой гаплоидного набора материнских хромосом. Плод погибает на 10 нед внутриутробного развития.

4.Неукротимая рвота беременных, артериальная гипертензия, преэклампсия. Явления гипертиреоза: теплая кожа, тахикардия, тремор, увеличение щитовидной железы. Разрыв овариальных кист, кровотечение, инфекционные осложнения, трофобластическая эмболизация с острыми дыхательными расстройствами (кашель, тахипноэ, цианоз), диссеминированное внутрисосудистое свертывание, хориоэпителиома.

**Ситуационная задача №79**

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 №80**

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 №81**

1.Эктопическая беременность.

2.Шеечная беременность.

3.Незрелость трофобласта, истмико-цервикальная недостаточность, изменения миометрия - осложненные роды, многократные аборты, диагностические выскабливания, эндометриты, операции на матке, миома матки, проведении экстракорпорального оплодотворения.

4.Трубнаябеременность,брюшная беременность,яичниковая беременность,перешеечно-шеечная беременность, беременность в рудиментарном роге матки, межсвязочная беременность.

5.Внезапное профузное кровотечение, геморрагический шок и ДВС-синдром.

**Ситуационная задача №82**

1.Грипп. Вирусно-бактериальная форма. Тяжелое течение.

2.Абсцедирующая гриппозная бронхопневмония.

3.«Большое пестрое легкое».

4.-Первичная гриппозная вирусная пневмония, характерна для лиц, страдающих заболеваниями сердца, больных пожилого возраста с хроническими расстройствами функции легких, беременных женщин.

-Вторичная бактериальная пневмония развивается при ослаблении защитных механизмов системы бронхов и легких при заселение носоглотки Staphylococcus aureus или Haemophilus influenzae.

-Вирусно-бактериальная пневмония имеет прогрессирующий характер и тяжелое течение.

**Ситуационная задача №83**

1.Брюшной тиф. Стадия образования чистых язв.

2.Кишечное кровотечение.

3.Общие изменения обусловлены персистирующей бактериемией и проявляются в виде брюшнотифозной сыпи и гранулём в различных органах, гиперплазией селезенки и жировой дистрофией паренхиматозных органов.

4.Внекишечные осложнения  - присоединение вторичной инфекции с развитием бронхопневмонии или внутримышечных абсцессов. Перитонит- при некрозе мезентериальных лимфатических узлов или разрыве капсулы селезёнки. Гнойный перихондрит, восковидный некроз прямых мышц живота, остеомиелит, артриты, цистит, простатит, брюшнотифозный сепсис - «тифозный статус».

5.Острая постгеморрагическая анемия.

**Ситуационная задача №84**

1.Первичный абдоминальный туберкулез.

2.Туберкулез кишечника, язвенная форма. Туберкулез мезентериальных лимфатических узлов.

3.Перфорация стенки тощей кишки. Экссудативный перитонит.

4.Мышечный слой и соединительнотканные структуры кишечной стенки, развиты у детей недостаточно. Подвздошная кишка несет наибольшую функциональную нагрузку, здесь часто замедляется продвижение пищевых масс, что ведет к нарушению микроциркуляции, а в условиях патологии это способствует выраженным деструктивным изменениям в ее стенки.

Развитие туберкулёзного мезаденита, связанно с лимфогематогенным распространением инфекции. Слизистая оболочка тонкой кишки у детей хорошо развита, имеет большое количество кровеносных и лимфатических капилляров большого диаметра и обладает повышенной проницаемостью и всасывающей способностью, что ведет к снижению барьерной функции слизистой оболочки и проникновению инфекции в мезентериальные лимфатические узлы.

**Ситуационная задача №85**

1.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Активная форма.

2.О рецидиве туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов вследствие обострения остаточных изменений после перенесенного первичного туберкулеза.

3.Инфильтративно-продуктивные изменения стенки бронха, лимфобронхиальные свищи, свищи трахеи, рубцы деформирующие просвет бронхов, неспецифический катаральный эндобронхит, ателектатически-пневмонические процессы, экссудативный плеврит, диссеминация в легкие.

4.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов необходимо дифференцировать с лимфогранулематозом, лимфосаркомой и саркоидозом.

**Ситуационная задача №86**

1.Саркоидоз. Медиастинально-легочная форма.

2.Стадия I – (лимфожелезистая форма)- двустороннее, чаще асимметричное увеличение бронхопульмональных, реже трахеобронхиальных, бифуркационных и паратрахеальных лимфоузлов.

Стадия II – (медиастинально-легочная форма) - двусторонняя диссеминация с инфильтрацией легочной ткани и поражением внутригрудных лимфоузлов.

Стадия III (легочная форма) – выраженный пневмосклероз (фиброз) легочной ткани.

3. Конхоидные тельца (пластинчатые включения Шауманна) – кальций содержащие включения, образующие концентрические кольца в цитоплазме гигантских клеток.

4.Возможные осложнения саркоидоза легких:

-эмфизема, бронхообтурационный синдром, дыхательная недостаточность, легочное сердце, присоединение туберкулеза, аспергиллеза и неспецифических инфекций, диффузный интерстициальный пневмосклероз - "сотовое легкое".

5.Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов необходимо дифференцировать с туберкулезом,лимфогранулематозом, лимфосаркомой.

**Ситуационная задача №87**

1.Первичный туберкулез легких.

2.Острый милиарный гематогенно-диссеминированный генерализованный

 туберкулез.

3.Первичный туберкулезный комплекс: первичный аффект, лимфангит и

 регионарный лимфаденит.

4.Специфическая гранулема.

5.Туберкулезный менингит.

**Ситуационная задача №88**

1.Дифтерия гортани и трахеи.

2.Истинный круп гортани: рефлекторный спазм, отек, механическая закупорка фибринозной пленкой.

3.Аспирационная пневмония развивается нисходящим путем, вследствие попадания в респираторный отдел легкого инфицированных пленок.

4.Дифтерия носа.
 Дифтерия половых органов.
 Дифтерия глаз.
 Дифтерия кожи.
 Комбинированные формы.

5.Инфекционно-токсический шок, миокардиты, моно- и полиневриты, включая поражения черепных, периферических нервов и полирадикулоневропатию, поражения надпочечников, токсический нефроз.

**Ситуационная задача №89**

1.Скарлатина.

2.Фибринозно-гнойно-некротическая тканевая реакция.

3.Псевдотуберкулез, стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом, корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция, ветряная оспа, аллергический дерматит.

4. -Токсическая форма – температура до 40° и выше, многократная рвота, нередко понос, судороги, прогрессирующая сердечно - сосудистая недостаточность.

-Септическая форма - некротическая ангина и фарингит, лимфаденит, аденофлегмона и гнойные осложнения со стороны ушей, придаточных полостей, суставов, поражение сердца, почек, гнойные плевриты, нередко сепсис.

-Токсико-септическая форма.

**Ситуационная задача №90**

1.Острый лимфобластный лейкоз.

2."Лейкемический провал": наличие бластных клеток при отсутствии промежуточных форм созревания - миелоцитов и метамиелоцитов в формуле крови.

3.Геморрагический синдром связан с тромбоцитопенией и с внутрисосудистым тромбозом, особенно при гиперлейкоцитозе.

4.Определение количества хромосом и их структурные изменения в лейкозных клетках: обнаружение филадельфийской хромосомы (Рh-хромосома) - цитогенетической аномалии, характеризующейся делецией или транслокацией 22q11, считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Гиперплоидия или ДНК-индекс (соотношение количества ДНК в лейкемических клетках и в клетках с нормальным диплоидным кариотипом) ассоциируется с хорошим прогнозом.

**Ситуационная задача № 91**

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 № 92**

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 № 93**

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 № 94**

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 № 95**

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 №96**

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 №97**

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 №98**

1. Доброкачественная опухоль щитовидной железы.

2.Фолликулярная аденома.

3.Простая и токсическая фолликулярная аденома (болезнь Пламмера).

4.Тиреотоксикоз лёгкой или средней степени тяжести без глазных симптомов. Заболевают женщины 40–60 лет, особенно проживающие на бедных йодом территориях.

**Ситуационная задача №99**

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.

**Ситуационная задача № 100**

1.Аутоиммунный тиреоидит. (Зоб Хашимото).

2.Причина заболевания - врожденные нарушения в системе иммунологического контроля с образованием аутоантител к различным компонентам щитовидной железы.

3.Факторы риска аутоиммунного тиреоидита:

-перенесенный ранее диффузный токсический зоб;

-операция на щитовидной железе;

-аутоиммунные заболевания;

-наличие близких родственников, больных аутоиммунным тиреоидитом;

-инфекционные заболевания, воспалительные процессы.

4.Клинические варианты аутоиммунного тиреоидита Хашимото

-гипертрофическая форма с преобладанием цитостимулирующих антител - формируется зоб;

-атрофическая форма – выработка цитотоксических антител ведет к массовой гибели тиреоцитов, склерозированию и уменьшению размеров железы.

-очаговая форма - поражение одной доли щитовидной железы.

5. Возможные осложнения тиреоидита:

-сдавление соседних органов, прежде всего трахеи и пищевода, удушье, затрудненное глотание.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра патологической анатомии

направление подготовки (специальность) патологическая анатомия

дисциплина «Симуляционный курс»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ № 1

**I.** Алгоритм первой врачебной помощи.

**II.** Экстренная помощь при сердечной астме, отеке легких, экстренная помощь при нарушениях ритма сердца и проводимости (трепетания предсердий, фибрилляции желудочков, асистолии), обмороке, коллапсе

**III.** Биопсия. Виды биопсий.

Заведующий кафедрой (В.С. Полякова)

Декан факультета подготовки кадров

высшей квалификации (И.В. Ткаченко)

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

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

Минимально необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебной практики, в том числе:

* Секционный зал, оборудованный секционный зал, оборудованный секционным столом, секционным набором инструментов, весами для взвешивания органов, комплект одежды для аутопсийных исследований;
* Холодильное оборудование для трупохранилища;
* Стол для вырезки материала (комплект оборудования для вырезки операционного и секционного материала);
* Гистологическая лаборатория, оборудованная аппаратом для проводки материала, станция для заливки материала, микротомами, криотомом, банями водяными для расправления тканевых срезов, аппаратом для пробоподготовки в иммуногистохимии, автоматом для окраски микропрепаратов, термостами, центрифугами настольными, весами лабораторными, холодильниками лабораторными, архивной системой для хранения микропрепаратов, системой информационной лабораторной (прикладное программное обеспечение для лабораторных анализов).
* Помещения, оборудованные световыми микроскопами и флюуоресцентным микроскопом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально; - Расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

**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/%28S%2850rfsp0eeazuv4tgxsiofvu0%29%29/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=236377e0-5358-484b-bc86-aca82255569f&basicplanid=9017fee1-f508-45ef-934f-a46d0c57e7ee) | Знать структурные и функциональные основы общепатологических процессов; функциональные системы организма человека, их регуляцию и саморегуляцию при воздействии с внешней средой в норме и патологии; методы морфологических исследований; правила техники безопасности и работы в морфологической лаборатории с реактивами, приборами и животными; порядок проведения патологоанатомического вскрытия трупа; порядок и методы исследования биопсийного и операционного материала; алгоритм первой врачебной помощи. | вопросы № 1-55.Тесты, Реферат, доклад |
| Уметь сопоставлять заключения клинического и патологоанатомического диагноза с целью выявления дефектов диагностики, конструкции диагноза и дефектов кодирования заболевания в соответствии с принципами МКБ 10; провести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа; выполнять клинико-анатомические сопоставления; определить категорию и причины расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов; сформулировать патологоанатомический диагноз, дать заключение о причине смерти; заполнить медицинское свидетельство смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти; оказать экстренную помощь при сердечной астме, отеке легких, при нарушениях ритма сердца и проводимости (трепетания предсердий, фибрилляции желудочков, асистолии), обмороке, коллапсе; при гипертоническом кризе. | Ситуационные задачи №1-100. |
| Владеть медико-анатомическим понятийным аппаратом; навыками оценки характера патологического процесса и его клинических проявлений на основании макро- и микроскопических изменений в органах и тканях; простейшими медицинскими инструментами; техникой аутопсии; техникой патологоанатомического исследования и анализа секционных данных; способами обработки и подготовки секционного, операционного и биопсийного материала для гистологического исследования; навыками проведения осмотра и вскрытия трупа; навыками проведения проб на воздушную и жировую эмболию, на наличие воздуха в плевральных полостях, на ишемию миокарда; навыками вырезки материала для гистологического исследования; навыком согласованной работы в команде. | Ситуационные задачи №1-100. |
| 2 | ПК -1 [готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания](https://control.orgma.ru/%28S%28cy5rbvujmrnx5mi2c4vgfqc3%29%29/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=d88334ec-d599-4623-8f04-c4359b5e64ff&basicplanid=ac1ea29e-6af1-40a2-8e12-f0f93235deaa). | Знать алгоритм первой врачебной помощи; методы восстановления проходимости дыхательных путей простейшими приемами; технику непрямого массажа сердца; технику проведения искусственной вентиляции легких простейшими методами; технику проведения механической дефибриляции, электрической дефибрилляции;  | вопросы № 1-55.Тесты,Реферат, доклад |
| Уметь восстанавливать проходимость дыхательных путей простейшими приемами; проводить непрямой массаж сердца; проводить искусственную вентиляцию простейшими методами; проводить механическую дефибриляцию; проводить электрическую дефибрилляцию; проводить макроскопическую диагностику; проводить вырезку операционного материала и взятия фрагментов для исследования. | Ситуационные задачи №1-100. |
| Владеть методами восстановления проходимости дыхательных путей простейшими приемами; навыками проведения непрямого массажа сердца; навыками проведения искусственной вентиляции простейшими методами; навыками проведения механической дефибриляции; навыками проведения электрической дефибрилляции; навыками макроскопической диагностики; навыками вырезки операционного материала и взятия фрагментов для исследования. | Ситуационные задачи №1-100. |