

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 31.08.2026 17:52:15
Уникальный программный ключ:
1bcb6e80b25337659516c8e6c08f3b64f12d7767

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ
«ПАТОЛОГИЯ»**

Специальность	<u>31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье</u>
Направленность (профиль)	<u>Организация здравоохранения и общественное здоровье</u>
Квалификация	<u>врач-организатор здравоохранения и общественного здоровья</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>патологии и судебной медицины</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«ПАТОЛОГИЯ»**

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства
ПК-2 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	ПК-2.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента	Ситуационные задачи
		Практические навыки (список микро- и макропрепаратов)
		Тематика рефератов
		Ситуационные задачи для зачета

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
ПК-2 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	ПК-2.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента	Знать: основные патологические симптомы и синдромы заболеваний. Знать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Знать основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
		Уметь: выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний. Уметь анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях. Уметь выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
		Владеть: навыками анализа и структуризации выявленных у	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.

		пациентов симптомов и синдромов заболеваний с учетом законов течения патологии и закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях. Владеть навыками постановки и рубрификации диагноза с МКБ.	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	--	--	-----------------------------	-------------------------------------	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Ситуационные задачи, Ситуационные задачи для зачета	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Перечень ситуационных задач Перечень ситуационных задач к зачету	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
2.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Тематика рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по

				ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
3.	Практические навыки	Средство контроля, организованное в виде практического навыка, связанного с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Список микро-и макропрепаратов	Микропрепараты: обучающийся должен определить вид ткани, орган, характер патологических изменений в тканях, определить заболевание, вызвавшие наблюдаемые изменения. Макропрепараты: необходимо назвать пораженный орган, вид патологии, какие микроскопические изменения соответствуют характеру макропрепарата

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по ситуационным задачам

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.

Оценка	Описание
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Практические навыки (работа с макро-и микропрепаратами)

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все патологические изменения, обнаруженные в микроскопическом и макроскопическом препаратах идентифицированы, требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Большинство патологических изменений, обнаруженных в микроскопическом и макроскопическом препаратах идентифицированы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию выполнены частично.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию не выполнены. Нет ответа. Нет попытки идентифицировать патологию.

Защита рефератов

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1 Ситуационные задачи

ПК-2

Задача № 1

Больной М. 35 лет, поступил в терапевтическое отделение с явлениями тяжелого нефротического синдрома с выраженными отеками, анasarкой, стойкой гипертензией. Из анамнеза известно, что около года тому назад после перенесенной ангины появились боли в пояснице, кровь в моче, потрясающие ознобы по ночам. Состояние расценено как хронический гломерулонефрит. В отделении проводилось лечение нефротического синдрома, почечной недостаточности, однако у больного нарастала протеинурия, уровень мочевины крови достиг 40,5 ммоль/л, креатинин 1678 мкмоль/л.

В последний день жизни у больного стали нарастать одышка смешанного характера, при аускультации выявлены множественные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью обоих легких, отмечено выделение пенистой мокроты из ротовой полости. Несмотря на интенсивные терапевтические и реанимационные мероприятия больной умер.

На секцию представлен труп истощенного мужчины с серо-землистыми кожными покровами. По вскрытии полостей ощущается запах мочи. Обнаружены увеличенные дряблые почки. На разрезе ткань их с широким желто-серым с красным крапом корковым слоем и полнокровными пирамидами. С поверхностей разрезов обоих легких обильно стекает розовая пенистая жидкость. Слизистая оболочка трахеи, бронхов, желудка, тонкого и толстого кишечника гиперемирована, местами с белесоватыми пленчатыми наложениями (фибринозно-геморрагическое воспаление). Печень увеличена, дряблая, желтого цвета. Стенка левого желудочка сердца толщиной 1,7 см. При гистологическом исследовании ткани почек выявлены отек и инфильтрация стромы, в цитоплазме эпителия канальцев видны крупные ярко эозинофильные, местами сливающиеся белковые капли. В клубочках пролиферация нефротелия, подоцитов и макрофагов с образованием "полулуний", которые сдавливают клубочек. Капиллярные петли клубочков некротизированы, в просвете их фибриновые тромбы.

Вопросы

1. Какой общепатологический процесс выявлен при микроскопическом исследовании канальцев почек и являлся непосредственной причиной протеинурии у данного больного:

- a) некроз нефротелия;
- b) гиалиново-капельная дистрофия;
- c) экссудативное гнойное воспаление;
- d) апоптоз нефроцитов.

2. Какой вид воспаления обнаружен в клубочках почек:

- a) экссудативное;
- b) серозно-гнойное;
- c) интерстициальное;
- d) продуктивное;
- e) геморрагическое.

3. Морфологический субстрат какого клинического симптома выявлен в ткани легких:

- a) острой легочной недостаточности;
- b) острой легочно-сердечной недостаточности;
- c) хронической легочной недостаточности;

- d) острой правожелудочковой сердечной недостаточности;
- e) острой левожелудочковой сердечной недостаточности.

4. Укажите какой вид некроза капиллярных петель клубочков почек имелся у данного больного, учитывая инфекционно-аллергическую теорию патогенеза гломерулонефрита:

- a) инфаркт;
- b) колликвационный;
- c) трофоневротический;
- d) фибриноидный;
- e) ишемический

5. Укажите, каков благоприятный морфологический исход некроза капиллярных петель клубочков почки:

- a) восстановление мышечной оболочки;
- b) регенерация подоцитов;
- c) склероз;
- d) коагуляция;
- e) трансформация адвентиции.

6. Какой вид гломерулонефрита по топографии процесса имелся у данного больного:

- a) мезангиальный;
- b) мезангиопролиферативный;
- c) экстракапиллярный;
- d) интракапиллярный;
- e) мембранозный.

7. Морфологическим проявлением какого клинического синдрома являются, обнаруженное на секции фибринозно-геморрагическое воспаление в трахее, бронхах, желудке, кишечнике:

- a) полицитемии;
- b) гемолитической анемии;
- c) хлоргидропенической уремии;
- d) эклампсической уремии;
- e) азотемической уремии.

8. Укажите, с чем связано утолщение стенки левого сердца до 1,7 см у данного больного:

- a) гипертрофия в результате гипертонической болезни;
- b) физиологическая гипертрофия;
- c) кардиомиопатическая гипертрофия;
- d) гипертрофия в результате нефрогенной гипертензии ;
- e) гипертрофия в результате реноваскулярной гипертензии.

9. Укажите правильный вариант формулировки заключительного диагноза у данного больного:

a)

Основное: Хроническая почечная недостаточность.

Фоновое: Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

Осложнения: Острая сердечная недостаточность...

Сопутствующий: Артериальная симптоматическая гипертензия.

б)

Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:

Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Нефротический синдром.

Осложнения: Хроническая почечная недостаточность. Острая сердечная недостаточность.

Сопутствующее: Артериальная симптоматическая гипертензия.

с)

Основной: Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

Осложнения: Хроническая почечная недостаточность. Нефротический синдром. Артериальная симптоматическая гипертензия. Острая сердечная недостаточность.

10. Укажите правильный вариант оформления медицинского свидетельства о смерти у данного больного:

а)

I. а) Хроническая почечная недостаточность

б) Симптоматическая артериальная гипертензия

в) Хронический гломерулонефрит.

г)

II. Ацидоз.

б)

I а) уремия

б) Хроническая почечная недостаточность

в) Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

г)

II.

I. а) Хроническая почечная недостаточность

б)

в)

г)

II.

Задача № 2

Больной П. 60 лет поступил в терапевтическое отделение из инфекционной клиники с жалобами на желтуху, кожный зуд, боль в правом подреберье, нарушения стула, увеличение живота в объеме. Из анамнеза известно, что несколько лет назад появились боли в правом подреберье, нарушения стула, лихорадка с потрясающими ознобами. Около недели назад пожелтели кожные покровы и слизистые, стал заметно увеличиваться в объеме живот. Направлен участковым терапевтом в инфекционную клинику, где исключены инфекционные заболевания. В терапевтическом стационаре состояние расценено как цирроз печени. В течение 3-х недель проводились лечебные мероприятия, однако явления печеночной недостаточности, портальной гипертензии прогрессировали. За 2 дня до смерти у больного появился черный стул. В день смерти развилось массивное желудочно-кишечное кровотечение "полным ртом" темной крови, больной скончался.

На аутопсии обнаружены желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, значительный асцит (7 литров), увеличенная, плотная, с мелкозернистой поверхностью, серо-зеленая на разрезе печень. Внутренние органы малокровны. Селезенка так же увеличена, уплотнена. Почки несколько увеличены, дряблые, на разрезе серого цвета. Мышца сердца

дряблая, на разрезе с множественными тонкими прослойками ткани серого цвета, венечные артерии неравномерно сужены выступающими в просвет бляшковидными утолщениями белого и желтого цвета. Вены пищевода и желудка расширены, истончены, изъязвлены. В просвете желудка, тонкого и толстого кишечника темная жидкая кровь. В терминальных отделах толстого кишечника так же имеются каловые массы черного цвета. При гистологическом исследовании ткани печени выявлены следующие изменения: эпителий мелких желчных протоков некротизирован, множественные холестазы в протоках, стенка их и соединительная ткань, окружающая протоки инфильтрированы лимфоцитами, плазмócитами и макрофагами, встречаются саркоидоподобные гранулемы. В других участках некротизированные гепатоциты по периферии долек, ложные дольки, инфильтрация и склероз перипортальных полей, гепатоциты с оптически пустой цитоплазмой (при окраски ткани печени Суданом III – реакция положительная). В почках обнаружен некроз эпителия канальцев.

Вопросы

1. Какой вид цирроза исходя из представленных клинических и морфологических данных имел место у данного пациента:
 - a) вторичный билиарный;
 - b) первичный билиарный;
 - c) циркуляторный;
 - d) криптогенный;
 - e) обменно-алиментарный.
2. Назовите вид (генез) желтухи, которая развилась у данного больного:
 - a) надпеченочная;
 - b) подпеченочная;
 - c) печеночная;
 - d) гемолитическая;
 - e) механическая.
3. С чем связано развитие печеночной недостаточности у данного больного:
 - a) с воспалением и некрозом эпителия желчных протоков;
 - b) с воспалением в портальных трактах;
 - c) с формированием ложных долек;
 - d) с дистрофией и некрозом гепатоцитов;
 - e) с гипоксией печеночной паренхимы.
4. Какова непосредственная причина смерти данного больного:
 - a) желудочно-кишечное кровотечение;
 - b) острая постгеморрагическая анемия;
 - c) остановка сердца;
 - d) печеночная недостаточность.
5. Проявлением какого синдрома у данного больного является некроз эпителия канальцев почек:
 - a) ренального;
 - b) гиперспленического;
 - c) кардиоваскулярного;
 - d) гепато-ренального;
 - e) гепато-портального.

6. Морфологический критерий постановки диагноза цирроза:

- a) некроз и дистрофия гепатоцитов;
- b) склероз портальных трактов;
- c) клеточная инфильтрация паренхимы;
- d) формирование ложных долек;
- e) клеточная инфильтрация и склероз портальных трактов.

7. К какому виду общепатологических процессов относятся изменения, обнаруженные в гепатоцитах, не подвергшихся некрозу, у данного больного:

- a) организация;
- b) жировой гепатоз;
- c) фибринолиз;
- d) накопление гемосидерина;
- e) инфаркт.

8. К каким видам общепатологических процессов относятся изменения, обнаруженные в желчных протоках и портальных трактах печени у данного больного:

- a) продуктивное воспаление и некроз;
- b) альтеративное и продуктивное воспаление;
- c) альтеративное, экссудативное воспаление;
- d) экссудативное, продуктивное воспаление, некроз;
- e) некроз, атрофия, накопление липофусцина.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза у данного больного:

- a) *Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:*

1. Цирроз печени.

2. ИБС (диффузный атеросклеротический кардиосклероз).

Осложнения: Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Асцит.

Малокровие внутренних органов.

- b)

Основной комбинированный диагноз, конкурирующие заболевания:

Цирроз печени.

Осложнение: Портальная гипертензия. Острая постгеморрагическая анемия.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Печеночная недостаточность.

Конкурирующее: ИБС (диффузный атеросклеротический кардиосклероз).

- c)

Основной: Цирроз печени.

Осложнения: Портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных и изъязвленных вен пищевода и желудка. Постгеморрагическая анемия. Асцит. Печеночная недостаточность.

10. Укажите правильный вариант заполнения медицинского свидетельства о смерти на данного больного:

- a)
 - I. a) Асцит
- b) Кровотечение из вен пищевода и желудка
- в) Цирроз печени

г)

II. Постгеморрагическая анемия

б)

I. а) Острая постгеморрагическая анемия

б) Портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

в) Цирроз печени

г)

II. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

с)

I. а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

б) Портальная гипертензия

в)

г)

II. Цирроз печени

Задача № 3

Больной Н. 55 лет вечером после работы почувствовал головную боль, резкое головокружение. Приняв таблетки анальгина и цитрамона лег спать. Утром состояние его не улучшилось, на дом был вызван участковый терапевт. Как удалось выяснить из анамнеза пациент болел простудными заболеваниями, пять лет назад перенес инфаркт миокарда. При общefизическом клиническом исследовании ЧСС -70 уд. в минуту, АД – 110\80 мм.рт.ст., отмечены отеки на нижних конечностях, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, приглушенность сердечных тонов. Состояние больного расценено как ИБС (постинфарктный кардиосклероз), назначено соответствующее лечение, консультация невропатолога в виду того, что больной жаловался на значительное головокружение. Невропатолог, пришедший на следующий день расценил состояние больного как энцефалопатию. К концу того же дня состояние пациента резко ухудшилось, бригадой скорой медицинской помощи доставлен в стационар, где скончался в приемном покое через 10 мин. после поступления. На секцию тело усопшего направлено с диагнозом: ОНМК по ишемическому типу. ИБС (постинфарктный кардиосклероз).

На аутопсии обнаружен истонченный выбухающий рубец в области верхушки и задней стенки левого желудочка, миокард в окружности рубцовой ткани на значительных участках желто-зеленоватого цвета во всех слоях (инфаркт миокарда), по периметру этих участков имеются зоны кровоизлияний, в просвете левой венечной артерии видна куполообразная бляшка, закрытая тромботическими наложениями, перекрывающими полностью просвет сосуда. Толщина стенки левого желудочка сердца 1,7 см. Легкие большие, бурые и плотные. Печень несколько увеличена, плотная, на разрезе серо-желтого цвета с темно-красным крапом, почки плотные, синюшные с поверхности, а на разрезе красно-синюшные с четкими границами коркового и мозгового слоев. Селезенка увеличена, плотная, с поверхности и на разрезе темно-вишневого цвета, пульпа ее без соскоба. В брюшной полости содержится 1 литра прозрачной желтоватой жидкости, в полости перикарда имеется 100 мл. такой же жидкости. При гистологическом исследовании ткани сердца выявлена рубцовая ткань, очаги некроза, кровоизлияния. В печени резкое венозное полнокровие центров долек с очагами кровоизлияний в них, на периферии долек множество гепатоцитов с оптически пустой цитоплазмой и ядром на периферии. В головном мозге периваскулярный и периваскулярный отек.

Вопросы

1. На какой стадии морфогенеза находится у данного пациента атеросклеротический процесс в венечных артериях сердца:

- a) липосклероза;
- b) кальциноза;
- c) липоидоза;
- d) атероматоза с изъязвлением;
- e) атероматоза.

2. Какой патологический процесс у данного больного явился непосредственной причиной развития повторного инфаркта миокарда:

- a) длительный спазм;
- b) эмболия;
- c) тромбоз;
- d) тромбоз на фоне стенозирующего атеросклероза;
- e) тромбэмболия на фоне стенозирующего атеросклероза.

3. Какой общепатологический процесс отмечен у данного больного в печени:

- a) Биллиарный цирроз печени;
- b) Некроз и дистрофия гепатоцитов;
- c) Синдром Бади-Киари;
- d) мускатная печень;
- e) саговая печень.

4. Какой общепатологический процесс, связанный с патологией сердца имелся во внутренних органах у данного больного:

- a) реакция гиперчувствительности замедленного типа;
- b) местное венозное полнокровие;
- c) общее венозное полнокровие;
- d) гангрена;
- e) атеросклероз.

5. Какая клиническая форма атипичного течения повторного инфаркта миокарда имела у данного больного:

- a) болевая;
- b) немая;
- c) гастралгическая;
- d) цереброваскулярная;
- e) астматическая.

6. Назовите зоны наиболее частой локализации инфаркта миокарда с учетом среднего типа кровоснабжения сердца:

- a) задняя стенка левого желудочка;
- b) задняя стенка правого желудочка и задние отделы межжелудочковой перегородки;
- c) передняя стенка правого желудочка;
- d) передняя стенка левого желудочка, верхушка сердца и передние отделы межжелудочковой перегородки;
- e) передняя, боковые стенки правого желудочка и задняя часть межжелудочковой перегородки.

7. Укажите морфологический маркер начала организации острого инфаркта миокарда:

- a) появление вокруг очага некроза фиброцитов;
- b) отложение вокруг некротических масс солей кальция;
- c) появление в воспалительном вале вокруг очага некроза вместо лейкоцитов плазмочитов, лаброцитов и коллагеновых волокон;
- d) появление в воспалительном вале вокруг очага некроза грануляционной ткани на значительных участках;
- e) смена лейкоцитов в воспалительном вале вокруг очага некроза макрофагами и молодыми клетками фибробластического ряда.

8. Назовите смертельное осложнение инфаркта миокарда в подостром периоде (по клиническим данным) его течения:

- a) фибрилляция желудочков;
- b) гемотампонада перикарда вследствие разрыва стенки сердца;
- c) кардиогенный шок;
- d) асистолия;
- e) внезапная остановка сердца.

9. Укажите правильный вариант формулировки окончательного диагноза (с учетом данных аутопсии) данному больному:

- a)
Основной: Инфаркт миокарда.
Конкурирующее: ОНМК по ишемическому типу.
Осложнение: Острая сердечная недостаточность.

b)
Основной: ИБС (инфаркт миокарда).
Фоновое: Атеросклероз венечных артерий, постинфарктный кардиосклероз.
Хроническая аневризма сердца.

Осложнение: Острая сердечная недостаточность

c)
Основной: ИБС (повторный трансмуральный инфаркт миокарда, крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, хроническая аневризма сердца в области верхушки).
Осложнение: Острая недостаточность кровообращения.

d)
Основной: ИБС (повторный трансмуральный инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность).

10. Ваше мнение по поводу наличия расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозом в данном случае:

- a) имеется совпадение диагнозов;
- b) имеется расхождение диагнозов 1 категории;
- c) имеется расхождение диагнозов 2 категории;
- d) имеется расхождение диагнозов 3 категории.

Задача № 4

Больная М. 48 лет доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии с жалобами на резчайшую головную боль, головокружение, чувство тяжести за грудиной. Из анамнеза известно, что последние несколько лет страдает гипертонией,

периодически бывают кризы, систематически врачом не наблюдалась. При поступлении АД 230/140 мм.рт.ст., пульс напряжен, но не учащен; тошнота, рвота. На ЭКГ умеренное уширение комплекса QRS, снижение сегмента ST, отрицательный Т в левых грудных отведениях. Немедленно начаты интенсивные терапевтические мероприятия с применением комплекса гипотензивных средств. К концу первых суток пребывания в стационаре состояние больной ухудшилось, потеряла сознание, развилась гемиплегия справа, через несколько минут наступила клиническая смерть. Реанимационные мероприятия эффекта не имели.

На аутопсии обнаружена обширная полость, заполненная жидкой кровью, свертками крови в бассейне левой средней мозговой артерии, нарушение целостности данной артерии в области основного ствола, кровь в полости боковых, III и IV желудочков мозга. В области правой гемисферы имеется киста диаметром до 2 см., заполненная почти прозрачной коричневатой жидкостью, стенки ее ржаво-коричневого цвета. Сердце массой 550 г., толщина стенки левого желудочка 2,0 см. Миокард на разрезе с тонкими белесоватыми прослойками. На интима венечных артерий и аорты бляшковидные утолщения белого и желтого цвета. Почки маленькие, плотные, поверхность их мелкогранулярная, корковый слой на разрезе истончен. В надпочечниках видны узловые образования желтого цвета в корковом слое. При гистологическом исследовании почек выявлены склероз сосудов, гломерулосклероз, атрофия и замещение соединительной тканью канальцевой части нефронов.

Вопросы

1. Назовите общепатологический процесс, являющийся одним из базисов морфологического субстрата гипертонической болезни:

- a) амилоидоз сосудов;
- b) гиалиноз соединительной ткани;
- c) лейкоплакия;
- d) реканализация просвета сосудов;
- e) гиалиноз сосудов.

2. Укажите морфологические маркеры гипертонического криза:

- a) атеросклероз сосудов мышечно-эластического типа;
- b) эксцентрическая гипертрофия миокарда;
- c) плазматическое пропитывание артериол, артериолонекроз, геморрагии;
- d) гипертонический кардиосклероз;
- e) плазматизация ткани миокарда, артериолосклероз.

3. Свидетельством чего является указанная в задаче киста в правой гемисфере головного мозга у данной пациентки:

- a) гипоксии головного мозга;
- b) перенесенного ишемического инсульта;
- c) перенесенного геморрагического инсульта;
- d) врожденной аномалии развития;
- e) внутренней гидроцефалии.

4. Укажите причину кровоизлияния в головной мозг у данной пациентки:

- a) аррозия стенки сосуда;
- b) разрыв стенки сосуда;
- c) повышение проницаемости стенки сосуда;
- d) геморрагическая инфильтрация;
- e) врожденная аномалия стенки сосуда.

5. Укажите непосредственную причину смерти данной больной:
- геморрагический шок;
 - остановка сердца;
 - остановка дыхания;
 - прорыв крови в IV желудочек;
 - прорыв крови в боковые и III желудочек мозга.
6. Укажите наиболее частую локализацию кровоизлияний в головной мозг:
- кора головного мозга;
 - желудочки, подкорковые ядра больших полушарий;
 - мозжечок;
 - субкортикальные зоны лобной и затылочной долей;
 - мозолистое тело.
7. Влияет ли каким-то образом артериальная гипертензия на возникновение, существование или развитие атеросклеротических изменений:
- не влияет никаким образом;
 - способствует прогрессированию атеросклероза;
 - способствует стабилизации атеросклеротических изменений сосудов;
 - способствует обратному развитию атеросклероза на ранних стадиях морфогенеза последнего;
 - способствует обратному развитию атеросклеротических изменений на любой стадии морфогенеза атеросклероза.
8. Какой с Вашей точки зрения стадии морфогенеза атеросклероза соответствуют описанные на вскрытии изменения у данной пациентки:
- долипидная стадия;
 - липоидоза;
 - липосклероза и атероматоза;
 - атероматоза с изъязвлением;
 - атерокальциноза.
9. Укажите правильный вариант формулировки заключительного диагноза данной пациентке.
- Основной:* Гипертоническая болезнь III ст.
Осложнения: Кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга, прорыв крови в боковые, III и IV желудочки мозга.
 - Основной:* Кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга.
Фоновое: Гипертоническая болезнь III ст.
Осложнение: Прорыв крови в боковые, III и IV желудочки мозга.
Сопутствующий: ИБС (атеросклероз коронарных артерий, диффузный атеросклеротический кардиосклероз). Атеросклероз аорты.
 - Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:* Гипертоническая болезнь III ст. ИБС (атеросклероз коронарных артерий, диффузный атеросклеротический кардиосклероз).
Осложнение: Кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга с прорывом в боковые, III и IV желудочки мозга

d)

Основной: ОНМК по геморрагическому типу с прорывом крови в боковые, III и IV желудочки мозга.

Фоновое: Гипертоническая болезнь III ст. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз). Атеросклероз аорты.

10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данную пациентку:

a)

I. a) Геморрагический инсульт

б) Прорыв крови в желудочки мозга

в) Гипертоническая болезнь.

г)

II. ИБС.

b)

I. a) Геморрагический инсульт

б)

в) ИБС

г)

II. Гипертоническая болезнь

c)

I. a) Геморрагический инсульт

б)

в)

г)

II. Гипертоническая болезнь. ИБС.

d)

I. a) Прорыв крови в желудочки мозга

б) Геморрагический инсульт

в) Гипертоническая болезнь

г)

II. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

Задача № 5

Больной Н. 56 лет доставлен в терапевтическое отделение бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на выраженную одышку смешанного характера, цианоз, отеки на конечностях, увеличение живота в объеме, боли в области сердца сжимающего характера. Из анамнеза известно, что в молодом возрасте пациент перенес несколько атак ревматизма. При осмотре выявлен грубый скребущий систолический шум с максимумом в середине систолы, проводящийся преимущественно в область сонных артерий, над аортой систолическое дрожание. Притупление перкуторного звука над задними поверхностями обоих легких. Состояние расценено как порок сердца, проводилось симптоматическое лечение хронической недостаточности кровообращения, однако состояние больного прогрессивно ухудшалось, появились признаки отека легких, наступила смерть.

На аутопсии полулуния клапана аорты деформированы плотной белесоватой тканью с кальцинатами, бляшковидными утолщениями желтого цвета, отверстие клапана проходимо лишь для кончика мизинца. В аорте во всех отделах множественные бляшковидные утолщения на интимае, часть из них без покрышек, заполнены кашицеобразным детритом. Сердце большое, толщина стенки левого желудочка 2,1 см., полость его дилатирована. Миокард на разрезе с множественными мелкими очажками белесоватой ткани и тонкими прослойками такой же

ткани. На интима венечных артерий множественные бляшковидные утолщения, значительно суживающие просвет. Печень увеличена, плотная, на разрезе серо-желтого цвета с темно-красным крапом. Почки плотные красно-синюшные с поверхности и на разрезе. Селезенка увеличена, плотная, темно-вишневого цвета с поверхности и на разрезе. В брюшной и плевральных полостях имеется прозрачная желтоватая жидкость. При гистологическом исследовании тканей клапана выявлены склеротические изменения, в миокарде мелкоочаговый кардиосклероз, во внутренних органах хроническое венозное полнокровие.

Вопросы

1. Какие структурные компоненты сердца поражаются при ревматизме в первую очередь:
 - a) клапанный эндокард;
 - b) хордальный эндокард;
 - c) пристеночный эндокард;
 - d) соединительная ткань миокарда;
 - e) перикард.
2. Назовите наиболее характерный клинико-морфологический признак острого бордавчатого эндокардита:
 - a) диффузное поражение створок клапана без изменений эндотелия;
 - b) тромботические наложения по замыкающему краю створок клапана;
 - c) диффузное поражение створок клапана с паранекрозом эндотелия;
 - d) фибропластическое изменение замыкающего края створок клапана;
 - e) наличие порока сердца.
3. Назовите морфологический субстрат малой хореи при ревматизме:
 - a) васкулиты твердой мозговой оболочки;
 - b) наружная водянка головного мозга;
 - c) васкулиты мелких сосудов головного мозга;
 - d) внутренняя водянка головного мозга;
 - e) очаговый некроз гипофиза.
4. Назовите начальную фазу морфогенеза ревматизма:
 - a) фибриноидный некроз;
 - b) плазмотическое пропитывание;
 - c) казеозный некроз;
 - d) гиалиноз клапанов сердца;
 - e) склероз
5. Назовите морфологический вариант наиболее характерного (специфического) ревматического миокардита:
 - a) узелковый продуктивный;
 - b) диффузный межуточный экссудативный;
 - c) очаговый периваскулярный экссудативный;
 - d) мультифокальный гранулематозный.
6. Назовите одну из наиболее частых причин смерти больных в период атаки ревматизма (кардиоваскулярная форма):
 - a) фибрилляция желудочков сердца;

- b) облитерация полости плевры;
- c) тромбэмболии по сосудам большого круга;
- d) ревматическая пневмония;
- e) ревматический гломерулонефрит.

7. Укажите стадию морфогенеза атеросклероза аорты у данного пациента:

- a) липоидоз;
- b) липосклероз;
- c) липосклероз и атероматоз;
- d) атероматоз и изъязвление;
- e) атерокальциноз.

8. Укажите правильное название макроскопической картины хронического венозного полнокровия почки:

- a) цианотическая индукция почки;
- b) большая красная почка;
- c) большая пестрая почка;
- d) первично-сморщенная почка;
- e) вторично-сморщенная почка.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза данному больному:

- a)
Основной: Атеросклероз аорты.
Осложнение: Порок сердца: аортальный стеноз.
Осложнение: Н ПБ - III ст.
Конкурирующее: Ревматизм, неактивный, период ремиссии.
- b)
Основной: Порок сердца: аортальный стеноз.
Фоновое: Атеросклероз аорты. Ревматизм, неактивный, период ремиссии.
Осложнение: Н ПБ-III ст.
- c)
Основной: Ревматизм, неактивный, период ремиссии.
Осложнение: Порок сердца: аортальный стеноз. Н ПБ-III ст.
Сопутствующий: Атеросклероз аорты.

10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данного больного:

- a)
I. а) Хроническая недостаточность кровообращения
б) Порок сердца: аортальный стеноз.
- в)
г)
II. Ревматизм. Атеросклероз аорты.
- b)
I. а) Хроническая недостаточность кровообращения
б) Атеросклероз аорты
в) Ревматизм
г)
II.

- с)
I. а). Хроническая недостаточность кровообращения
б).
в).
II. Порок сердца: аортальный стеноз.

Задача № 6

Больная М. 45 лет доставлена в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, одышку в покое экспираторного характера. Из анамнеза удалось выяснить, что заболела остро 2 дня назад, когда был озноб. Страдает вредными привычками: злоупотребляет алкоголем, состоит на учете в наркологическом диспансере по хроническому алкоголизму. При объективном осмотре выявлено отставание правой половины грудной клетки при акте дыхания, множественные звучные мелкопузырчатые хрипы на фоне бронхиального дыхания, крепитация в проекции средней и нижней долей правого легкого. Отмечены отеки на нижних конечностях. При рентгенологическом исследовании выявлено интенсивное затенение соответствующее средней и нижней долям, корень правого легкого неструктурен. В анализе периферической крови - нейтрофильный лейкоцитоз со значительным сдвигом влево. При рентгенологическом исследовании органов грудной полости так же выявлено увеличение сердца за счет правого и в основном левого желудочков. Пациентке проводилось интенсивное антибактериальное и противовоспалительное лечение, однако явления прежде всего легочной недостаточности нарастали, отмечено появление ржавой мокроты, на вторые сутки пребывания в стационаре наступила смерть, реанимационные мероприятия не проводились.

На аутопсии обнаружены следующие изменения: дряблое сердце с расширенными полостями, с пристеночными тромбами в левом желудочке; миокард дряблый, глинистого вида. Нижняя и средняя доли правого легкого увеличены в объеме, уплотнены, висцеральная плевро здесь же покрыта наложениями серо-желтоватых пленчатых масс, в правой плевральной полости содержится около 50 мл, мутной желтоватой жидкости. На разрезе ткань легкого в области средней и нижней долей темно-красного цвета, плотная. Регионарные лимфоузлы увеличены, полнокровны. Печень увеличена, серо-желтого цвета с темно-красным крапом на разрезе. Почки и селезенка несколько увеличены, плотные, с поверхности и на разрезе темно-вишневого цвета. В области передней поверхности селезенки имеется конусовидный участок серо-желтого цвета, основание которого направлено к капсуле органа, а верхушка к воротам.

При гистологическом исследовании миокарда обнаружены гидропическая и жировая дистрофия кардиомиоцитов, очажки лизиса, атрофии и гипертрофии, фрагментация кардиомиоцитов. В средней и нижней долях правого легкого полнокровие сосудов, диапедез эритроцитов в просветы альвеол, здесь же нейтрофилы, нежные ниточки фибрина. Конусовидный участок в селезенке под микроскопом представлен скоплениями бесструктурных, безъядерных масс с лейкоцитарной реакцией по периферии. В печени резкое полнокровие центров долек, на периферии гепатоциты с явлениями жировой и гиалиново-капельной дистрофии, выявлены тельца Мэллори; в портальных трактах лимфогистиоцитарная инфильтрация.

Вопросы

1. Укажите стадию морфогенеза пневмонии в ходе, которой наступила смерть пациентки:
- а) стадия прилива;
 - б) стадия разрешения;
 - с) стадия красной гепатизации;
 - д) стадия серой гепатизации;
 - е) стадия осложненных поражений.

2. Укажите морфологический термин, правильно расшифровывающий природу конусовидного участка, обнаруженного в селезенке:

- a) метастаз;
- b) инфаркт;
- c) секвестр;
- d) воспалительный очаг;
- e) гранулема.

3. Укажите причину появления ржавой мокроты у пациентки:

- a) застойные явления в легких;
- b) кардиомиопатия;
- c) диапедез эритроцитов в альвеолы;
- d) выпадение нитей фибрина в альвеолах;
- e) легочное кровотечение.

4. Укажите одно из типичных легочных осложнений крупозной пневмонии:

- a) гангрена легкого;
- b) перитонит;
- c) гнойный менингит;
- d) фибринозный плеврит;
- e) полипозно-язвенный эндокардит.

5. Назовите общепатологический процесс, лежащий в основе развития алкогольной кардиомиопатии:

- a) склероз;
- b) дистрофия кардиомиоцитов;
- c) атрофия кардиомиоцитов;
- d) гипертрофия кардиомиоцитов;
- e) экссудативное воспаление.

6. Укажите одну из возможных причин смерти при алкогольной кардиомиопатии:

- a) остановка сердца;
- b) фибрилляция желудочков;
- c) асцит;
- d) разрыв стенки сердца;
- e) отрыв створки одного из клапанов.

7. Укажите морфологический термин, правильно отражающий картину макроскопических изменений, обнаруженных на аутопсии в печени у данной больной:

- a) "саговая" печень;
- b) "гусиная" печень;
- c) "мускатная" печень;
- d) большая красная печень;
- e) "сальная" печень.

8. Укажите состояние интимы коронарных артерий при алкогольной кардиомиопатии:

- a) без выраженных атеросклеротических изменений;
- b) с выраженными атеросклеротическими изменениями;

- с) бугристая, неровная, с язвенными дефектами;
- д) равномерно утолщена за счет облитерирующего склероза;
- е) с явлениями отслойки и изъязвления.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза данной пациентке (с учетом данных аутопсии):

а)

Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:

Лобарная плевропневмония в области средней и нижней долей правого легкого.

Хроническая алкогольная кардиомиопатия.

Осложнения: Острая сердечная недостаточность, фибрилляция желудочков сердца.

б)

Основной комбинированный диагноз, конкурирующие заболевания: Хронический алкоголизм: алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гепатит. Крупозная пневмония средней и нижней долей правого легкого.

Осложнение: Фибрилляция желудочков сердца. Н ПБ....

с)

Основной: Крупозная пневмония в области средней и нижней долей правого легкого.

Осложнение: Фибрилляция желудочков сердца. Н П Б ...

Сопутствующий: Алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гепатит.

д)

Основной: Лобарная плевропневмония в области средней и нижней долей правого легкого.

Фоновое: Хронический алкоголизм: алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гепатит.

Осложнения: Фибрилляция желудочков сердца. Н П Б ...

10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данную больную:

а)

I. а) Фибрилляция желудочков сердца

б) Алкогольная кардиомиопатия

в) Хронический алкогольный гепатит

г)

II. Хронический алкоголизм. Крупозная пневмония справа.

б)

I. а) Фибрилляция желудочков сердца

б) Алкогольная кардиомиопатия

в) Хронический алкоголизм

г)

II. Лобарная пневмония справа. Алкогольный гепатит.

с)

I. а) Крупозная пневмония справа

б)

в)

г)

II. Хронический алкоголизм

д)

I. а) Фибрилляция желудочков сердца.

б)

в)

г)

II. Крупозная пневмония справа. Хронический алкоголизм.

Задача № 7

Больной Л. 63 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на тяжелую одышку смешанного характера, кашель с обильным отделением слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры тела до 37,2 градусов в течение нескольких дней. Из анамнеза известно, что длительное время злоупотребляет никотином (курит больше 1 пачки папирос в день), часто болеет простудными заболеваниями. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 4 дней после перенесенного гриппа. Общее состояние пациента при поступлении средней тяжести. Внешний осмотр больного выявил акроцианоз, бочкообразную грудную клетку, утолщение ногтевых фаланг пальцев рук и ног по типу "барабанных палочек", изменение ногтевых пластинок по типу "часовых стекол", выраженные отеки на голенях. При общеклиническом физическом исследовании органов дыхания выявлены коробочный звук при сравнительной перкуссии над обоими легкими, множественные сухие дискантовые и влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью обоих легких. Отмечены так же приглушенность сердечных тонов. При рентгенографии органов грудной полости отмечены эмфизема и диффузный пневмосклероз, у основания правого легкого видны кольцевидные тени, в VI сегменте этого же легкого участок затенения почти округлой формы. Проведенное прицельное бронхографическое исследование правого легкого выявило кистозные расширения в нескольких участках бронхиального дерева. На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии левого и правого желудочков, диффузные изменения в миокарде. В стационаре начато антибактериальное и противовоспалительное лечение, медикаментозная коррекция нарушений кровообращения. Несмотря на терапевтические мероприятия, проводившиеся больному в течение 7 дней, состояние его прогрессивно ухудшалось: нарастала одышка смешанного характера в покое, стала накапливаться жидкость в брюшной и плевральной полостях, появились нарушения ритма сердечной деятельности, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы в легких, мокрота приобрела ржавый цвет и пенистый вид, через 9 суток пребывания в отделении больной умер.

На аутопсии обнаружены следующие патологические изменения: прозрачная желтоватая жидкость в количестве 500 мл, в брюшной полости и по 150 мл, такой же жидкости в плевральных полостях, плевра и брюшина макроскопически не изменены. Сердце увеличено в размерах, толщина стенки правого желудочка 0,8 см., левого-1,5 см. На интима коронарных артерий единичные пятна желтого цвета, миокард на разрезе с единичными тонкими белесоватыми прослойками. В аорте на интима всех отделов немногочисленные белые и желтые бляшковидные утолщения. Легкие увеличены, в верхних отделах вздутые, бледные, мягкие, режутся с хрустом, в остальных уплотнены на разрезе ржаво-бурого цвета. В прикорневых зонах правого легкого просвет нескольких бронхов мешковидно расширен, стенки их несколько утолщены, слизистая гиперемирована, в просвете тягучее серо-зеленоватое содержимое. В других участках стенки бронхов утолщены, ригидные, выступают над поверхностью разреза, просветы их сгруппированы, заключены в прослойки плотной белесоватой ткани в VI сегменте правого легкого полость с стенками из плотной сероватой ткани, толщиной до 0,5 см. от которой по направлению к корню легкого идут тяжи плотной белесоватой ткани. Содержимое полости серовато-зеленоватые тягучие массы. Почки и селезенка несколько увеличены, уплотнены, с поверхности и на разрезе ткань их темно-красного с синюшным оттенком. Печень увеличена, плотная, на разрезе серо-желтого цвета с темно-красным крапом.

При гистологическом исследовании ткани правого легкого слизистая бронхов представлена призматическим и многослойным плоским неороговевающим эпителием. В слизистой, подслизистом слое отмечены диффузная лимфоцитарная инфильтрация с примесью

нейтрофилов; очаги склероза и кистозное изменение слизи продуцирующих желез в подслизистом слое. В перибронхиальных зонах и очагово в паренхиме разрастания соединительной ткани. Множество альвеол с расширенными просветами, межальвеолярные перегородки истончены, местами разорваны. В других участках ателектазы. В перегородках, просветах альвеол множественные макрофаги, нагруженные гемосидерином. В просвете многих альвеол гомогенные эозинофильные массы. Капилляры запустевшие, с разрастаниями коллагеновых волокон в стенках, часто просто не определяются. Стенка полости в VI сегменте правого легкого представлена грануляционной и волокнистой соединительной тканью.

Вопросы

1. Дайте характеристику воспалительному процессу, выявленному в бронхах данного пациента:
 - a) острое гнилостное воспаление;
 - b) подострое геморрагическое воспаление;
 - c) хроническое слизисто-гнойное катаральное воспаление;
 - d) хроническое слизисто-гнойное фибринозное воспаление;
 - e) гнойно-геморрагическое альтеративное воспаление.
2. Укажите основной морфологический признак, отличающий приобретенный бронхоэктаз от врожденного:
 - a) мешковидный бронхоэктаз;
 - b) цилиндрический бронхоэктаз;
 - c) экссудативное воспаление в стенке;
 - d) упорядоченное расположение структур стенки бронха;
 - e) прикорневое расположение бронхоэктаза.
3. Укажите причину изменения ногтевых фаланг и ногтевых пластинок у данного больного:
 - a) амилоидоз;
 - b) гипоксия;
 - c) гипероксигенация;
 - d) понижение артериального давления;
 - e) коллапс легкого.
4. Укажите вид эмфиземы легких, имевшейся у пациента, исходя из представленных клинических и морфологических данных:
 - a) хроническая очаговая (рубцовая);
 - b) хроническая диффузная обструктивная;
 - c) викарная (компенсаторная);
 - d) старческая;
 - e) межуточная.
5. Какой патологический процесс обусловил появление в бронхах многослойного плоского эпителия:
 - a) атрофия слизистой оболочки;
 - b) дисплазия эпителия слизистой оболочки;
 - c) метаплазия эпителия слизистой;
 - d) гиперплазия эпителия слизистой;
 - e) организация слизистой после повреждения.

6. Обнаружение какой ткани при гистологическом исследовании стенки абсцесса правого легкого свидетельствует о хроническом характере имеющегося у пациента гнойника:

- a) грануляционной;
- b) "пиогенной" мембраны;
- c) грубой волокнистой соединительной;
- d) альвеолярной с лимфоцитарной инфильтрацией;
- e) нервных окончаний в виде "ампутационных невром".

7. Укажите клинико-морфологический маркер перехода хронической недостаточности кровообращения из стадии субкомпенсации в стадию декомпенсации:

- a) акроцианоз;
- b) приглушенность сердечных тонов;
- c) накопление экссудата в полостях тела;
- d) накопление транссудата в полостях тела;
- e) появление отеков на голенях в конце рабочего дня.

8. Выберите правильное определение приобретенного ателектаза легкого:

- a) спадение респираторного отдела легких вследствие обтурации или компрессии бронхов;
- b) спадение респираторного отдела легких вследствие врожденного отсутствия сурфактанта;
- c) спадение респираторного отдела легких вследствие гнойного воспаления в альвеолах;
- d) спадение респираторных структур вследствие механического сдавления легкого со стороны плевральной полости;
- e) спадение респираторных структур вследствие некроза межальвеолярных перегородок.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза данному больному:

- a) *Основной:* Бронхоэктатическая болезнь.

Фоновое: Хронический диффузный обструктивный бронхит.

Осложнение: Эмфизема легких. Хронический абсцесс правого легкого.

Декомпенсированное хроническое легочное сердце. Н II Б. ОЛЖН.

Сопутствующий: Атеросклероз аорты.

- b)

Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:

Хронический обструктивный диффузный бронхит. Бронхоэктатическая болезнь.

Осложнение: Эмфизема легких. Хронический абсцесс правого легкого.

Декомпенсированное хроническое легочное сердце. Н II Б. ОЛЖН.

Сопутствующий: Атеросклероз с преимущественным поражением коронарных артерий сердца и аорты. Мелкоочаговый кардиосклероз.

- c)

Основной: Хронический диффузный обструктивный бронхит.

Осложнение: Бронхоэктазы в средней доле правого легкого. Эмфизема легких.

Хронический абсцесс правого легкого. Декомпенсированное хроническое легочное сердце. Н II Б. ОЛЖН.

Сопутствующий: Атеросклероз аорты.

- d)

Основной: Хронический абсцесс правого легкого.

Фоновое: Хронический диффузный обструктивный бронхит.

Бронхоэктатическая болезнь.

Осложнение: Эмфизема легких. Декомпенсированное хроническое легочное сердце.

Н II Б. ОЛЖН (отек легких).

Сопутствующий: Атеросклероз аорты.

10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данного больного:

а)

I. а) Хронический абсцесс правого легкого

б) Бронхоэктатическая болезнь

в)

г)

II. Хронический бронхит. Атеросклероз аорты.

б)

I. а) Хроническая недостаточность кровообращения

б) Бронхоэктазы, декомпенсированное легочное сердце

в) Хронический бронхит

г)

II. Атеросклероз аорты

с)

I. а) Декомпенсированное легочное сердце

б)

в)

г)

II. Хронический бронхит. Бронхоэктатическая болезнь.

д)

I. а) Хроническая недостаточность кровообращения

б)

в) Декомпенсированное легочное сердце

II. Хронический бронхит с бронхоэктазами

Задача № 8

Больной М. 47 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся почти сразу после приема пищи, периодические рвоты через 1-2 часа после приема пищи, слабость, сонливость, головокружение. Из анамнеза известно, что после службы в рядах Советской Армии появились боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, весной и осенью наблюдались обострения. Находится на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка. При внешнем осмотре кожные покровы бледные, холодные, пониженного питания. Язык обложен у корня белым налетом, влажный. Пальпация эпигастральной области болезненная. Со стороны других органов и систем значительных изменений не обнаружено. В анализе периферической крови отмечено снижение числа эритроцитов до $2,3 \times 10^{12}$ /л. Сделать качественную ФГС не удалось ввиду наличия в желудке большого количества жидкости коричневатого цвета. Начата гемостатическая терапия. На вторые сутки пребывания в стационаре у больного отмечен стул черного цвета. Срочно переведен в хирургическое отделение, готовился к операции. Однако состояние резко ухудшилось, появилась обильная рвота желудочным содержимым типа "кофейной гущи", резкая гипотония до 60/10 мм.рт.ст. Интенсивные терапевтические и реанимационные мероприятия оказались безуспешными.

На атонии в желудке обнаружен язвенный дефект по малой кривизне. Дефект почти округлой формы, диаметром 4 см., с плотными, несколько приподнятыми краями, в дне его имеется сосуд диаметром 0,3 см. с разрушенной стенкой. Дно дефекта черного цвета. В просвете желудка, тонкого и частично толстого кишечника имеется жидкая темная кровь и свертки крови. В терминальных отделах толстой кишки каловые массы черного цвета. Внутренние органы малокровны. При исследовании сердца отмечены бляшковидные утолщения на интима коронарных артерий, дряблость миокарда, разрастания под эпикардом жировой ткани, единичные тонкие прослойки плотной белесоватой ткани в миокарде. Со стороны других органов значительных изменений не отмечено за исключением печени: ткань ее дряблая, желто-коричневого цвета.

При гистологическом исследовании язвенного дефекта в его дне и краях отмечены участки фибриноидного некроза, окруженные нейтрофилами и лимфоцитами, поля грануляционной и грубоволокнистой соединительной ткани, толстостенные кровеносные сосуды и утолщенные нервные окончания. По краям гиперплазия эпителия. В печени клетки в центрах и на периферии долек в виде оптически пустых образований с ядром на периферии (в результате вымывания липидов при спиртовой проводке гистологических объектов).

Вопросы

1. Укажите вид патологических изменений, обнаруженных в печени данного пациента при гистологическом исследовании:
 - a) смешанная дистрофия гепатоцитов;
 - b) белковая паренхиматозная дистрофия;
 - c) белковая мезенхимальная дистрофия;
 - d) жировая паренхиматозная дистрофия;
 - e) жировая мезенхимальная дистрофия.
2. Укажите причину патологических изменений, обнаруженных в ткани печени:
 - a) алиментарные нарушения;
 - b) токсические изменения;
 - c) гипоксия;
 - d) атрофия;
 - e) воспаление в язвенном дефекте.
3. О чем свидетельствует черный цвет дна язвенного дефекта у данного больного:
 - a) об аддисоновой болезни у пациента с язвой желудка;
 - b) о накоплении гемосидерина в дне хронической язвы;
 - c) о длительных неоднократных кровотечениях из данной язвы;
 - d) о впервые возникшем кровотечении из язвы у данного больного;
 - e) о накоплении в дне язвенного дефекта гемомеланина.
4. Укажите основную причину кровотечения у данного пациента:
 - a) аррозия сосуда в дне обострившейся язвы воспалительным инфильтратом;
 - b) аррозия сосуда в дне язвенного дефекта желудочным соком;
 - c) диапедезное кровотечение из дна обострившейся язвы;
 - d) разрыв сосуда с склеротически измененной стенкой в дне язвы;
 - e) распространение некроза, имеющегося в дне язвы, на стенку сосуда с ее разрывом.
5. Укажите место наиболее частой локализации язвы в желудке:
 - a) малая кривизна, антральный отдел;

- b) большая кривизна, антральный отдел;
- c) малая кривизна, кардиальный отдел;
- d) малая кривизна, субкардиальный отдел;
- e) большая кривизна кардиальный отдел.

6. Укажите одно из частых типичных осложнений язвенной болезни желудка:

- a) азотемическая уремия;
- b) флегмона желудка;
- c) стеноз привратника;
- d) язва луковицы 12-перстной кишки;
- e) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

7. Укажите непосредственную причину смерти данного больного:

- a) желудочно-кишечное кровотечение;
- b) постгеморрагическая анемия;
- c) острая сердечно-легочная недостаточность;
- d) остановка сердца;
- e) остановка дыхания.

8. Назовите морфологический маркер отличия язвы желудка от эрозии:

- a) нейтрофилами инфильтрирован поверхностный слой слизистой оболочки;
- b) слизистая инфильтрирована нейтрофилами на всю толщу;
- c) некроз всей толщи слизистой и более глубоких слоев стенки;
- d) некроз поверхностных слоев слизистой оболочки;
- e) некроз в пределах всей толщи слизистой оболочки.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза в данном случае:

- a) Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:

Язвенная болезнь желудка (хроническая язва по малой кривизне). ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

Осложнения: Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Острая сердечная недостаточность.

- b)

Основной: Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (хроническая язва по малой кривизне)

Фоновое: ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

Осложнения: Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Острая недостаточность кровообращения.

- c)

Основной: Язвенная болезнь желудка (хроническая язва желудка в стадии обострения по малой кривизне).

Осложнения: Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

Сопутствующий: ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

10. Укажите правильный вариант оформления врачебного свидетельства о смерти на данного пациента:

- a)
- I. a) Желудочно-кишечное кровотечение

б)

в)

г)

II. Язвенная болезнь желудка. ИБС.

б)

I. а) Постгеморрагическая анемия

б) Желудочно-кишечное кровотечение

в) Хроническая язва желудка в стадии обострения

г)

II. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

с)

I. а) Постгеморрагическая анемия

б) Желудочно-кишечное кровотечение

в)

г)

II. Хроническая язва желудка в стадии обострения.

Задача № 9

У матери (беременность 38 недель) с сочетанным пороком митрального клапана и поздним гестозом роды осложнились тугим обвитием пуповины вокруг шеи плода (длина пуповины 75 см), с частичной отслойкой плаценты. Наступила антенатальная гибель плода. На секции у плода обнаружены проявления асфиксии (венозный застой, жидкая кровь, множественные кровоизлияния в плевру, эпикард, ателектаз легких). У плода, кроме этого, обширная гемангиома кожи лица (2,0х2,0 см), масса плода при рождении – 3000 г.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 10

У матери (беременность 40 недель) с равномерно суженным тазом быстрые роды осложнились родовой травмой: наружной кефалогематомой в области правой теменной кости, двухсторонним разрывом парусов мозжечкового намета, кровоизлиянием в задней черепной ямке (5,0 мл) и привели к асфиксии и интранатальной гибели плода (общий венозный застой, жидкая кровь, множественные кровоизлияния, ателектаз легких). У плода кроме этого обнаружена кавернозная гемангиома печени (1,0х1,0). Изменения в последе не выявлены. Масса ребенка при рождении 3800 г, рост 53 см.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 11

При несовместимости крови матери и плода по Rh - фактору, при 3-ей беременности 27 нед., родился мертвый отечный плод, массой -2500 г, с большими селезенкой (53,0 г), печенью (188,0 г), сердцем (21,0 г), с признаками недоношенности (отсутствие ядер Беклара, волосатая кожа, мягкие хрящи ушных раковин, яички не опущены в мошонку). Плацента отечна, масса 980,0 г.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 12

Во 2-ой половине I беременности у матери 36-лет небольшая лихорадка угрожающий выкидыш. При сроке беременности 35 недель родился мертвый плод мужского пола, массой 1700 г, с явлениями генерализованной врожденной цитомегаловирусной инфекции: цитомегаловирусный сиалоаденит околоушных и подчелюстных желез, нефрит, гепатит, энцефалит (обнаружены цитомегаловирусные клетки).

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 13

При преждевременных родах родился ребенок весом 1850,0 грамм с признаками недоношенности. Отмечено оболочечное прикрепление пуповины, кровоизлияние в месте отхождения пуповины от оболочек (5,0x4,0 см), ребенок умер на вторые сутки жизни. Выявлены изменения: диафизные кровоизлияния в ядро диафрагмального нерва и в симпатические ганглии; полные и частичные ателектазы легких, единичные гиалиновые мембраны; общий венозный застой, единичные очаги серозно-гнойной пневмонии (кишечная палочка) на фоне ателектаза легких.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 14

Родился доношенный ребенок с явлениями врожденной гипотрофии, масса при рождении – 2800 г. На 5-ый день ребенок умер от пупочного сепсиса в форме септикопиемии - гнойный омфалит и тромбартериит пупочной артерии, эмболическая гнойничковая пневмония, гнойный менингит, паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек, фибринозно-гнойный плеврит. Патология матери и плода не выявлены.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 15

При срочных родах родился мертвый доношенный мальчик массой 3250 г с признаками болезни Дауна (четырепальцевая складка, монголоидный разрез глаз, брахицефалия со скошенным затылком, дефект межжелудочковой перегородки, коарктация аорты) и небольшой родовой травмой в виде наружной кефалогематомы в области правой теменной кости. Патологии последа и матери не выявлено.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 16

От матери, страдающей сахарным диабетом, родился крупный мертвый ребенок (4800,0 г) с явлениями общего ожирения (толщина слоя жировой клетчатки в области живота 1,0 см), гиперплазия островков Лангерганса, с макроскопическими признаками асфиксии (ателектаз легких, общий венозный застой, мелкоочечные кровоизлияния). Роды осложнились слабостью родовой деятельности и был наложен вакуум-экстрактор. Имеется родовая травма скальпа - шиньон от вакуум-экстрактора, двухсторонний глубокий надрыв мозжечкового намета,

субдуральная гематома в задней черепной ямке (5,0 мл). Выявлена патология последа в виде длинной пуповины (94 см).

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Задача № 17

Женщина 29 лет поступила в роддом на 36-й неделе беременности. В анамнезе 3 медицинских аборта. Беременность 4-я, роды первые. Предыдущие беременности завершились медицинскими абортами. В первой половине настоящей беременности наблюдались тошнота, анемия легкой степени, на 11-й неделе — угроза прерывания беременности, уреэплазмоз, по поводу которого получала лечение. Родоразрешение на сроке 37—38 нед. путем кесарева сечения. Извлечена девочка массой 3050 г, рост 50 см. Наблюдалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тугое обвитие пуповины вокруг шеи 2 раза, острая гипоксия плода, оценка по шкале Апгар при рождении 1 балл. Проводились реанимационные мероприятия. Смерть новорожденной наступила через 1 сутки и 14 ч после родов.

Клинический диагноз. Внутриутробная инфекция неуточненной этиологии. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Анемия. Своевременные оперативные роды.

Данные патологоанатомического исследования. Мягкие мозговые оболочки отечные, мутные, полнокровные, с множественными кровоизлияниями. В глубине латеральных борозд видны множественные беловато-сероватые очажки, похожие на комочки ваты размером 0,2—0,3 см в диаметре. Мозговая ткань на разрезе синюшного цвета, влажная. Легкие тестоватой консистенции, на разрезе темно-красного цвета. С поверхности разреза отделяется кровянистая масса, под плеврой — точечные кровоизлияния. Внутренние органы полнокровны. При гистологическом исследовании в мягких мозговых оболочках определяются продуктивно-склеротические узелки на фоне диффузной продуктивно-экссудативной воспалительной реакции, среди клеточных элементов которой преобладают макрофаги с PAS-положительными включениями в цитоплазме, а также лимфоциты и фибробласты. Аналогичная картина — в сосудистых сплетениях. Лимфогистиоцитарные инфильтраты видны в строме легких, поджелудочной железы и надпочечников; в альвеолярных ходах и в полостях альвеол гомогенные белковые массы и эритроциты, остатки околоплодных вод. В мазках-отпечатках с легких и мозговых оболочек, обработанных меченой противохламидийной сывороткой, регистрируется свечение хламидийного антигена в цитоплазме альвеолоцитов, эндотелия и макрофагов. Плацента массой 560 г с дополнительной долькой 5,0x4,0x1,5 см. В ворсинах хориона, базальной пластинке, париетальной децидуальной оболочке выявляется лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофильных лейкоцитов.

Выбрать один правильный ответ

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе:
 - а. Асфиксия новорожденного.
 - б. Врожденная хламидийная инфекция.
 - в. Преждевременная отслойка плаценты.
 - г. Отечно-геморрагический синдром.
 - д. Санитарованный уреэплазмоз.
 - е. Межуточный панкреатит и эпинефрит.

Выбрать все правильные ответы

2. Патология последа, обусловившая поражение новорожденного:
 - а. Наличие добавочной дольки.
 - б. Инфаркты.

- в. Плацентит.
- г. Преждевременная отслойка.

Выбрать один правильный ответ

3. Расхождение диагнозов по:

- а. Осложнению.
- б. Конкурирующему заболеванию.
- в. Сопутствующему заболеванию.
- г. Основному заболеванию.

Выбрать один правильный ответ.

4. Причина расхождения диагнозов:

- а. Краткость пребывания.
- б. Недоучет клинических данных.
- в. Тяжесть состояния.
- г. Недоучет анамнестических данных.
- д. Переоценка заключения специалиста.
- е. Недостаточное клиническое обследование.

Задача № 18

Женщина 23 лет, 2-я беременность на сроке 35—36 нед, первые роды. В анамнезе медицинский аборт. С 23 нед настоящей беременности диагностирован плацентит, с 28 нед — отеки, протеинурия, хроническая фетоплацентарная недостаточность. За 4 сут до родов исчезло сердцебиение плода. При родовспоможении использованы кожно-головные щипцы. Родился мертвый мацерированный плод массой 2300 г, рост 46 см.

Клинический диагноз. Преждевременные роды мертвым плодом. Нефропатия легкой степени на фоне нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу, кандидозный кольпит.

Данные патологоанатомического исследования. Мацерация кожных покровов плода, прокрашивание их мекониевыми массами в зеленоватый цвет, мекония в толстой кишке мало. Внутренние органы дряблые, полнокровные. В мягких мозговых оболочках и эпикарде — точечные кровоизлияния. Плацента массой 450 г, с плодной поверхности окрашена в зеленоватый цвет. Околоплодные оболочки мутные, отечные, зеленоватого цвета, пупочный канатик длиной 60 см, по его ходу — ложные узлы.

При гистологическом исследовании — в легких аспирированные мелкозернистые эозинофильные и мекониевые массы; в почках, печени, миокарде — частичный аутолиз, венозное полнокровие. В плаценте — флегмонозное воспаление, в плодных оболочках — отек, очаговая лейкоцитарная инфильтрация.

Выбрать один правильный ответ

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе:

- а. Недоношенность.
- б. Гнойный плацентит.
- в. Нейроциркуляторная дистония.
- г. Антенатальная гипоксия плода.
- д. Внутриутробное опорожнение толстой кишки.

Выбрать один правильный ответ

2. Непосредственная причина смерти плода:

- а. Наложение кожно-головных щипцов.
- б. Мацерация кожных покровов.
- в. Кровоизлияния в мозговых оболочках.

г. Гипоксия.

д. Аспирация околоплодных вод.

Выбрать один правильный ответ

3. Причина хронической фетоплацентарной недостаточности:

а. Флегмонозный плацентит.

б. Ложные узлы пуповины.

в. Преждевременная отслойка плаценты.

Выбрать один правильный ответ

4. Свидетельство, необходимое для регистрации этой смерти в ЗАГСе:

а. О рождении.

б. О браке.

в. О перинатальной смерти.

г. О смерти.

3.1.2. Практические навыки.

3.1.2.1. Работа с макропрепаратом:

ПК-2

Обучающийся должен определить вид ткани, орган, характер патологических изменений в тканях, определить заболевание, вызвавшие наблюдаемые изменения.

Список макропрепаратов:

1. «Мускатная печень»
2. «Ржавая» киста головного мозга
3. Лус лобной кости
4. Абсцесс головного мозга, менингоэнцефалит
5. Абсцесс легкого
6. Аденома гипофиза
7. Аденомы толстой кишки /катарально-геморрагический колит/
8. Амилоидоз селезенки / « ветчинная селезенка»/
9. Амилоидоз селезенки / «сальная селезенка»/
10. Аннулярный цирроз печени
11. Антракоз легкого
12. Атеросклероз аорты (стадия атероматоза)
13. Атеросклероз аорты с пристеночными тромбами
14. Атеросклероз сосудов головного мозга
15. Бородавчатый эндокардит двухстворчатого клапана
16. Бронхоэктазы
17. Бронхоэктатическая болезнь
18. Бурая атрофия миокарда
19. Возвратный бородавчатый эндокардит
20. Гангрена нижней доли легкого
21. Гангрена толстой кишки
22. Гангрена тонкой кишки
23. Геморрагический инфаркт легкого
24. Гемосидероз печени и инфаркт селезенки
25. Гиалиноз капсулы селезенки
26. Гиперплазия костного мозга грудины и тел позвонков при остром миелолейкозе
27. Гиперплазия селезенки при лимфолейкозе
28. Гипертрофический гастрит
29. Гипертрофия сердца при гипертонической болезни
30. Гнойный лептоменингит

31. Гнойный лимфангит двуглавой мышцы. Абсцедирование
32. Жировая дистрофия печени
33. Инфаркт миокарда
34. Ишемический инфаркт селезенки
35. Кавернозная гемангиома печени
36. Казеозная пневмония с формированием каверны
37. Кандидозная пневмония с очагами распада
38. Карнификация легкого. Бронхоэктазы
39. Концентрическая гипертрофия левого желудочка
40. Кровоизлияние в боковые желудочки мозга
41. Кровоизлияние в мозг
42. Кровоизлияние в мягкие мозговые оболочки мозжечка при остром миелолейкозе
43. Кровоизлияния в слизистую оболочку желудка при остром миелолейкозе
44. Крупозная пневмония/серое опеченение
45. Лейомиосаркома матки
46. Липома
47. Липома спины
48. Мелкоузловой (портальный) цирроз печени
49. Менингиома, прорастающая в кость
50. Метастазы саркомы бедра в легком
51. Многооскольчатый перелом свода черепа
52. Мозговидное набухание групповых и солитарных фолликулов при брюшном тифе
53. Нефросклероз при гипертонической болезни
54. Нормальный аппендикс и флегмонозный аппендицит
55. Огнестрельное ранение печени и тонкой кишки, входная и выходная огнестрельные раны кожи
56. Ожирение печени
57. Опухолевидный туберкулез печени с ограниченным поддиафрагмальным перитонитом и забрюшинным абсцессом
58. Остеомиелит бедра. Секвестры
59. Остеомиелит шейных позвонков
60. Острая /желтая/ токсическая дистрофия печени
61. Очаг Гона
62. Печень при эклампсии
63. Пневмония при гриппе
64. Постинфарктный кардиосклероз
65. Пристеночный тромб левого желудочка
66. Рак гортаноглотки
67. Рак грудной железы
68. Рак желчного пузыря
69. Рак молочной железы
70. Селезенка при лимфогранулематозе
71. Семейный полипоз толстой кишки
72. Сердце при истощении (бурая атрофия)
73. Серозный энтерит при холере
74. Смешанноузловой цирроз печени с некрозом узлов -регенераторов
75. Спленомегалия
76. Старое кровоизлияние в головной мозг. «Ржавая» киста

77. Стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия /шаровидный тромб в полости правого предсердия/
- 78. Сухая гангрена верхней конечности
 - 79. Сухая гангрена стопы
 - 80. Тромбоз воротной вены печени
 - 81. Тромбоз почечной артерии. Инфаркт почки
 - 82. Тромбоэмболия легочной артерии
 - 83. Туберкулез гортани
 - 84. Туберкулез почки
 - 85. Туберкулезные язвы кишки
 - 86. Туберкулезный спондилит
 - 87. Туберкулезный спондилит с костной каверной
 - 88. Фибринозный перикардит
 - 89. Хориоидпапиллома бокового желудочка головного мозга
 - 90. Хроническая язва антрального отдела желудка
 - 91. Хронический абсцесс головного мозга
 - 92. Хронический атрофический гастрит
 - 93. Хронический бронхит. Антракоз легкого
 - 94. Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легкого
 - 95. Цистецеркоз головного мозга
 - 96. Эмпиема желчного пузыря
 - 97. Эрозии желудка
 - 98. Эхинококковая киста
 - 99. Эхинококковые пузыри
 - 100. Дизентерия Flexner E
 - 101. Токсическая дизентерия
 - 102. Дизентерия. Язвенный колит
 - 103. Острый гломерулонефрит
 - 104. Острый постстрептококковый гломерулонефрит
 - 105. Острая дизентерия Flexner A
 - 106. Дифтерия гортани
 - 107. Гнойно-некротический бронхит.
 - 108. Мелкоочаговая гнойная пневмония при кори
 - 109. Фиброзно-некротический ларинготрахеит. Глоссит при Дифтерии
 - 110. Дифтерия гортани. Язва гортани
 - 111. Дифтерия гортани. Пролежни после интубации
 - 112. Гломерулонефрит при скарлатине
 - 113. Вторично сморщенная почки при гломерулонефрите (скарлатина)
 - 114. Фибринозный назофаренгит при дифтерии.
 - 115. Лепра (проказа) нижние конечности
 - 116. Поликистоз почки
 - 117. Псевдомембранозный колит
 - 118. Милиарный туберкулез почки
 - 119. Апостемотозный нефрит
 - 120. Хроническая язва антрального отдела желудка
 - 121. Казеозная пневмония

3.1.2.2. Работа с микропрепаратом:

ПК-2

Необходимо назвать пораженный орган, вид патологии, какие микроскопические изменения соответствуют характеру микропрепарата

Список микропрепаратов:

1. Свежий тромб в артерии.
2. Инфаркт почки.
3. Почка при ГБ
4. Почка при ГБ (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
5. Железистая гиперплазия эндометрия
6. Метастаз аденокарциномы в лимфатический узел
7. Медуллярный рак молочной железы
8. Трубная беременность
9. Атеросклеротическая бляшка с организацией тромба (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
10. Атеросклеротическая бляшка с организацией тромба
11. Аденокарцинома эндометрия
12. Плоскоклеточный ороговевающий рак легкого
13. Дизентерия
14. Кондилома Бушке
15. Микобактериоз кишки
16. Гнойный менингит
17. Лейкоплакия шейки матки
18. Постинфарктный кардиосклероз
19. Постинфарктный кардиосклероз (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
20. Печень при хроническом лимфолейкозе
21. Аспергиллез легкого (PAS-реакция)
22. Аспергиллез легкого (импрегнация солями серебра по Грокоту)
23. Меланома кожи
24. Гемморагический инфаркт печени
25. Дифтерия миндалин
26. Аденокарцинома желудка
27. Амилоидоз почки (окраска конго-красным)
28. В-12 дефицитная анемия
29. Апластическая анемия
30. Папиллома кожи
31. Диффузный токсический зоб
32. Тиреоидит Хашимото
33. Саркоидоз легкого
34. Фибринозный перикардит
35. Инфаркт миокарда
36. Рак типа скирр МЖ
37. Лейомиосаркома
38. Цирроз печени (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
39. Цирроз печени
40. Цирроз печени (окраска трихромом по Массону)
41. Диабетический гломерулосклероз
42. Диабетический гломерулосклероз (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
43. Флегмонозный холецистит
44. Хронический пиелонефрит
45. Хронический пиелонефрит (щитовидная почка)
46. Ворсинчатая аденома толстой кишки

47. Жировая дистрофия печени
48. Кровоизлияние в головной мозг
49. Хронический калькулезный холецистит
50. Бурая индурация легкого
51. Бурая индурация легкого (реакция Перлса)
52. Флегмонозный аппендицит
53. Muskatная печень
54. Токсический миокардит
55. Лимфома Ходжкина
56. Тромб вены
57. Инфаркт мозжечка
58. Атеросклеротическая бляшка
59. Крупозная пневмония
60. Менингиома
61. Рак легкого
62. Хроническая язва
63. Коллоидный зоб
64. Милиарный туберкулез легких
65. Красный инфаркт
66. Аденокарцинома кишки
67. Остеомиелит
68. Базалиома кожи
69. Кожа при чесотке

3.1.3. Тематика рефератов

ПК-2

1. Этиология, патогенез и морфологические проявления лепры.
2. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления туберкулеза кожи.
3. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления лейшманиоза.
4. Лекарственные поражения кожи. Синдром Лайелла: этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления, морфологическая диагностика.
5. Т-клеточные лимфомы кожи. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления, морфологическая диагностика.
6. Понятие о микологии. Морфология грибов, морфологическая диагностика, патогенез. Роль иммунологических реакций в их развитии.
7. Глубокие микозы, хромомикоз. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления.
8. Болезнь Мадеры. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления
9. Споротрихоз. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления
10. Гистоплазмоз. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления.
11. Понятие о бактериальном вагинозе: Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления.
12. Системная склеродермия: определение, этиология. Морфологические и клинические проявления. Осложнения, исходы.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Ситуационные задачи для зачета:

ПК-2

Ситуационная задача № 1

Женщина 78 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на задержку стула и газов, боли в животе, черный цвет кала, снижение массы тела в течение 4 месяцев на 10 кг, отеки на ногах. При осмотре кожные покровы бледные, пастозность голеней, красноватые пятна и полосы на передней поверхности голеней. При пальпации живота определяются болезненность и опухолевидное образование в левой подвздошной области. В общем анализе крови: гемоглобин — 70 г/л, эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты — $10 \cdot 10^9/л$. При ультразвуковом исследовании печени в левой доле выявлены два узла 2,5 и 3,0 см в диаметре. Во время колоноскопии в области левого изгиба ободочной кишки обнаружена бугристая изъязвленная опухоль, циркулярно суживающая просвет кишки. При гистологическом исследовании тубулярная аденокарцинома умеренной степени дифференцировки. На 10-й день пребывания в стационаре была обнаружена медицинской сестрой в туалете, без сознания, без признаков сердечной деятельности и дыхания. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть.

Заключительный клинический диагноз. Рак левого изгиба ободочной кишки с метастазами в печень. Хроническая обтурационная толстокишечная непроходимость. Тромбоэмболия легочного ствола и его ветвей?

Данные патологоанатомического исследования. В области левого изгиба ободочной кишки обнаружена опухоль размером 6,0х7,0 см в виде плотных беловатых масс, прорастающая все слои стенки кишки, циркулярно суживающая просвет. В зоне роста опухоли слизистая оболочка с глубокими язвенными дефектами. При гистологическом исследовании опухоль имеет структуру тубулярной, местами слизееобразующей, умеренно дифференцированной аденокарциномы с выраженным фиброзом стромы. Метастазы рака выявлены в трех лимфатических узлах брыжейки, печени, обнаружен канцероматоз брюшины. В глубоких венах голеней обнаружены плотные суховатые червеобразные массы серо-красного цвета, обтурирующие просвет. В легочном стволе и крупных его ветвях — свободно лежащие, червеобразные массы, похожие на образования в венах голеней.

Выбрать все правильные ответы

1. Гематогенные метастазы аденокарциномы ободочной кишки:

- а. Метастаз Вирхова.
- б. Печень.
- в. Легкие.
- г. Лимфатические узлы брыжейки.
- д. Почки.

Установить соответствие

2. ОБРАЗОВАНИЕ	ХАРАКТЕРИСТИКА
1. Тромб.	а. Плотный.
2. Посмертный сгусток крови.	б. Крошащийся.
	в. Эластичный.
Ответ: 1—., 2—.	г. Гладкий.
	д. Шероховатый.

Выбрать все правильные ответы

3. Источники тромбоэмболии легочного ствола и его ветвей:

- а. Аорта.
- б. Вены голени.

- в. Печеночные вены.
 - г. Трехстворчатый клапан.
 - д. Вены бедра.
 - е. Аневризма левого желудочка.
 - ж. Вены малого таза.
 - з. Двустворчатый клапан.
- Выбрать все правильные ответы
4. Развившиеся у больной осложнения основного заболевания:
- а. Отек легких.
 - б. Кахексия.
 - в. Тромбоз глубоких вен голеней.
 - г. Толстокишечная непроходимость.
 - д. Карциноматоз брюшины.

Ситуационная задача № 2

У женщины 46 лет год назад были диагностированы неспецифический аортоартериит и хронический бронхит, артериальная гипертензия. Поступила в стационар с острым нарушением мозгового кровообращения, моторной афазией и правосторонним гемипарезом. Через 6 дней развилась кома и больная умерла.

Заключительный клинический диагноз. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез, моторная афазия. Неспецифический аортоартериит. Хронический обструктивный бронхит, пневмофиброз, двусторонняя нижнедолевая застойная пневмония. Артериальная гипертензия III стадии.

Данные патологоанатомического исследования. В теменной доле левого полушария большого мозга обнаружен округлый кашицеобразной консистенции (диаметром 6,5 см) очаг серого цвета. Крупные артерии основания головного мозга уплотнены, утолщены, с диффузным сужением просвета; в просвете левой средней мозговой артерии — обтурирующие червеобразные суховатые серо-красные массы. Внутренняя оболочка дуги, брюшной части и крупных ветвей аорты (плечеголового ствола, левых общей сонной и подключичной артерий), артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, а также устьев венечных артерий имела интенсивный желтый цвет; описанные отрезки сосудистого русла стенотически сужены. В верхней части брюшной части аорты престенотическое мешковидное расширение. В нем — пристеночные, фиксированные к внутренней оболочке, плотноватые серо-красные массы, прикрывающие устье левой почечной артерии. Остальные кровеносные сосуды без видимых изменений. В просвете крупных бронхов незначительное количество пенистой светло-серой жидкости, слизистая оболочка желто-серого цвета. Легкие синюшно-красного (в нижних долях — интенсивно красного) цвета, поверхность разреза зернистая, с чередованием участков плотной и эластической консистенции; ткань нижних долей тонет в воде. Кровеносные сосуды легких выступают над поверхностью разреза. Корковое вещество почек бледно-серого цвета, пирамиды мозгового вещества темно-красные.

При бактериологическом исследовании легких выделен *S. aureus* (10^7 КОЕ).

Результаты гистологического исследования. В стенках дуги, брюшной части аорты, ее крупных ветвей, артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, крупных мозговых артерий, а также в области устьев венечных артерий диффузный склероз всех оболочек сосудистой стенки, большое количество полнокровных *vasa vasorum*, очаговая инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами с единичными гигантскими клетками Лангханса. В ткани головного мозга обширные поля некроза с полиморфно-клеточной воспалительной реакцией по периметру, фиброз мягких мозговых оболочек. Легкие: часть альвеол расширена, с разрывами межальвеолярных перегородок; другие (в ткани из нижних долей) — заполнены эозинофильными гомогенными и нитевидными массами с нейтрофилами;

межальвеолярные перегородки утолщены, инфильтрированы лимфоцитами и нейтрофилами; эпителий бронхов слущен, диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенок бронхов, гиперплазия слизистых желез крупных бронхов; перибронхиальный и периваскулярный склероз. Артериолосклеротический нефросклероз.

Выбрать один правильный ответ

1. Основное заболевание:

- а. Вторичная артериальная гипертензия.
- б. Двусторонняя очаговосливная пневмония.
- в. Ишемический инфаркт головного мозга.
- г. Хронический обструктивный бронхит.
- д. Аневризма брюшной части аорты.
- е. Синдром дуги аорты (Такаясу).

Выбрать все правильные ответы

2. Осложнения основного заболевания:

- а. Отек головного мозга.
- б. Двусторонняя пневмония.
- в. Хронический обструктивный бронхит.
- г. Аневризма брюшной части аорты.
- д. Пристеночные тромбы в аневризме аорты.
- е. Ишемический инфаркт головного мозга.

Выбрать один правильный ответ

3. Место хронического обструктивного бронхита в патологоанатомическом диагнозе:

- а. Основное заболевание.
- б. Сочетанное заболевание.
- в. Осложнение.
- г. Фоновое заболевание.
- д. Сопутствующее заболевание.

Выбрать один правильный ответ

4. Механизм танатогенеза:

- а. Прорыв крови в боковые желудочки мозга.
- б. Острая дыхательная недостаточность.
- в. Отек головного мозга с дислокацией мозгового ствола.
- г. Пульмонокоронарный рефлекс.
- д. Разрыв стенки аневризмы аорты.

Ситуационная задача № 3

У больного 45 лет туберкулез легких выявлен в исправительно-трудовом учреждении, где проведен курс химиотерапии. После освобождения в течение 2 лет частые обострения, последнее проявилось продуктивным кашлем со слизисто-гнойной мокротой, прогрессирующей одышкой, повышением температуры тела, нарастающей слабостью. Не лечился. В противотуберкулезном диспансере выполнена комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_V правого легкого с трехреберной торакопластикой. В послеоперационном периоде — несостоятельность культи бронха и эмпиема плевры справа. Смерть больного наступила через 2 нед после операции от массивного легочного кровотечения.

Заключительный клинический диагноз. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Операция: комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_V правого легкого с трехреберной торакопластикой (дата). Бронхиальный свищ культи правого верхнедолевого бронха. Острая эмпиема плевры справа. Аррозия ветви легочных артерий. Массивное легочное кровотечение. Геморрагический шок.

Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе выраженной активности воспалительного процесса (БК+): большие и гигантские каверны в верхней доле и сегменте S_v правого легкого (операционный материал №) с гематогенной диссеминацией, казеозный бронхит и бронхиолит, продуктивно-некротический медиастиальный лимфаденит. Операция: комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_v, правого легкого с трехреберной торакопластикой (дата).

Осложнения: хроническое легочное сердце (масса сердца 430 г, ЖИ 0,8). Кахексия. Несостоятельность культи правого верхнедолевого бронха: продуктивно-некротические гранулемы в стенке культи бронха. Острая эмпиема плевры справа смешанной этиологии (микобактерии туберкулеза, протей, золотистый стафилококк). Полисегментарная фибринозно-гнойная пневмония нижней доли правого легкого (золотистый стафилококк). Аррозия ветви бронхиальной артерии в культе правого верхнедолевого бронха. Массивное кровотечение (2100 мл) в правую плевральную полость. Острое малокровие внутренних органов.

Выбрать один правильный ответ

1. Причина смерти больного:

- а. Острая эмпиема плевры справа.
- б. Полисегментарная пневмония.
- в. Массивное легочное кровотечение.
- г. Острая легочно-сердечная недостаточность.

Выбрать один правильный ответ

2. Констатировано расхождение диагнозов по заболеванию:

- а. Основному.
- б. Сочетанному.
- в. Конкурирующему.
- г. Фоновому.
- д. Сопутствующему.

Выбрать один правильный ответ

3. Данная форма туберкулеза:

- а. Контагиозна.
- б. Не контагиозна.

Выбрать все правильные ответы

4. Возможные осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

- а. Прорыв каверны в плевральную полость.
- б. Рак легкого.
- в. Вторичный амилоидоз.
- г. Хроническое легочное сердце.
- д. Гемосидероз легких.
- е. Легочно-сердечная недостаточность.
- ж. Спонтанный пневмоторакс.
- з. Подкожная эмфизема.

Ситуационная задача № 4

Больная 24 лет госпитализирована с жалобами на нарушение менструального цикла по типу метроррагии, периодически возникающие боли внизу живота, скудные бели, повышение температуры тела по вечерам до субфебрильных цифр. На 17-й день менструального цикла выполнено диагностическое выскабливание полости матки. Материал направлен для гистологического исследования в централизованное патологоанатомическое отделение на следующий день.

Клинический диагноз. Хронический эндометрит в стадии обострения. Данные гистологического исследования. Маточные железы овально-округлой формы, местами извитые, в отдельных полях зрения имеют штопорообразную форму, просветы их расширены, заполнены эозинофильными гомогенными вакуолизированными массами. Цитоплазма клеток слабобазофильная. В абсолютном большинстве эпителиоцитов желез и покровных клетках видны субнуклеарно расположенные оптически пустые вакуоли. Ядра (чаще овально-округлые или палочковидные) оттеснены вакуолями в центральные отделы клеток, расположены на разных уровнях. В некоторых эпителиоцитах вакуоли определяются в апикальной части. Строма эндометрия разрыхлена, видны участки диапедезных кровоизлияний. Ядра соединительнотканых клеток крупные, вытянутые, гиперхромные. Спиральные артерии лежат группами по 2—3 вместе, умеренно извиты, полнокровны. В строме эндометрия выраженная полиморфно-клеточная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов, наличием немногочисленных плазматических клеток и нейтрофильных лейкоцитов. В просветах некоторых желез видны элементы инфильтрата. Наряду с этим определяются скопления фибробластов, преимущественно вокруг сосудов (периваскулярный фиброз).

Заключение. Хронический неспецифический эндометрит в фазе выраженной активности воспалительного процесса. Эндометрий соответствует ранней стадии фазы секреции менструального цикла.

Выбрать один правильный ответ

1. Вид материала, направленного на гистологическое исследование:

- а. Операционный.
- б. Инцизионный биоптат.
- в. Аспирационный биоптат.

Выбрать один правильный ответ

2. Метод фиксации материала:

- а. Дистиллированная вода.
- б. 96 % этиловый спирт.
- в. 10 % раствор нейтрального формалина.
- г. Глутаральдегид.
- д. Сухой лед.

Выбрать один правильный ответ

3. Характер ответа патологоанатома:

- а. Описательный.
- б. Окончательный диагноз.
- в. Ориентировочный диагноз.

Выбрать один правильный ответ

4. Нормативные сроки исследования материала:

- а. До 20—25 мин.
- б. До 1 ч.
- в. В пределах 5 сут.
- г. До 10 сут.
- д. До 20—30 сут.

Ситуационная задача № 5

Женщина 22 лет жаловалась на наличие плотного узла в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Уплотнение в молочной железе замечено около 9 мес назад. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Произведена секторальная резекция железы, ткань ее была послана для срочного гистологического исследования. Обнаружен опухолевый узел диаметром 2,0 см, плотный, четко отграниченный, на разрезе бело-розовый.

В гистологических срезах выявлена органоидной структуры опухоль, паренхима которой представлена мелкими темными эпителиоцитами, расположенными в один или несколько слоев, формирующими железистые структуры овальной и щелевидной формы. Строма новообразования нежная, но коллагенизированная, резко преобладает над паренхимой.

Выбрать один правильный ответ

1. Заболевание молочной железы

- а. Фиброма.
- б. Фиброаденома.
- в. Аденокарцинома.
- г. Фиброзный рак.

Выбрать один правильный ответ

2. Вид проведенного морфологического исследования:

- а. Срочная интраоперационная инцизионная биопсия.
- б. Плановая интраоперационная биопсия.
- в. Срочная интраоперационная аспирационная биопсия.
- г. Плановая интраоперационная инцизионная биопсия.

Выбрать один правильный ответ

3. Нормативные сроки исследования материала:

- а. До 20—25 мин.
- б. До 1 ч.
- в. В пределах 5 сут.
- г. До 10 сут.

Выбрать один правильный ответ

4. Для выявления соединительной ткани в опухоли используют:

- а. Судан III.
- б. Реакцию Перлса.
- в. Толуидиновый синий.
- г. Пикрофуксин.
- д. Гематоксилин и эозин.
- е. ШИК(РА8)-реакцию.

Ситуационная задача № 6

Больной 60 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, ноющие боли в эпигастральной области, анорексию, снижение массы тела на 15 кг за последний год, периодическое повышение температуры тела до фебрильных цифр. При фиброгастроскопии в кардиальном отделе желудка обнаружено опухолевидное образование округлой формы диаметром 9,5 см, плотноэластическое, с бугристой серо-розовой поверхностью, кровоточащей при инструментальной пальпации. Из опухолевого узла взяты на исследование кусочки ткани и направлены в патологоанатомическое отделение.

Ответ патологоанатома: в микропрепаратах мелкие фрагменты некротического детрита, свертки фибрина, группы клеток покровно-ямочного эпителия.

Выбрать все правильные ответы

1. Необходимые манипуляции перед отправкой материала на гистологическое исследование:

- а. Взвешивание.
- б. Фиксация.
- в. Маркирование.
- г. Упаковывание.
- д. Окрашивание зеленкой.
- е. Промывание под струей воды.

ж. Разъединение на фрагменты.

Выбрать все правильные ответы

2. Содержание графы «клинические данные» направления на гистологическое исследование:

а. Важные клинические данные.

б. Результаты лабораторно-инструментального исследования.

в. Семейный анамнез.

г. Места забора материала.

д. Количество объектов исследования.

е. Фамилия лечащего врача.

Выбрать один правильный ответ

3. Характер ответа патологоанатома:

а. Ориентировочный диагноз.

б. Описательный.

в. Окончательный диагноз.

Выбрать все правильные ответы

4. Тактика лечащего врача:

а. Выписать больного.

б. Консультация онколога.

в. Повторная эндоскопия с биопсией.

г. Расширенный онкопоиск.

д. Выявление возможных метастазов.

Ситуационная задача № 7

Больной 22 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в правой подвздошной и околопупочной областях. При обследовании выявлен положительный симптом Щеткина—Блумберга, в общем анализе крови количество лейкоцитов $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле — сдвиг влево — 7 % палочкоядерных лейкоцитов. Диагностирован острый аппендицит. По экстренным показаниям произведена аппендэктомия. Удаленный червеобразный отросток направлен на морфологическое исследование.

Ответ патологоанатома: червеобразный отросток длиной 7,0 см, толщиной до 1,3 см. Серозная оболочка тусклая, утолщена, покрыта желто-зелеными пленчатыми наложениями. Стенка дряблая, серо-красная. Просвет червеобразного отростка расширен, заполнен зеленоватыми гнойными массами. При гистологическом исследовании серозная оболочка покрыта фибринозно-гнойным экссудатом. Стенка червеобразного отростка диффузно инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами, выражен отек, сосуды полнокровны. Воспалительная клеточная инфильтрация распространяется на жировую ткань брыжейки отростка. Слизистая оболочка изъязвлена. Просвет отростка заполнен гнойным экссудатом.

Заключение. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит, периаппендицит, мезентериолит.

Выбрать все правильные ответы

1. Компоненты ответа морфолога при изучении операционного материала:

а. Макроскопическое описание.

б. Описание способа фиксации.

в. Гистологическое описание.

г. Заключение (диагноз).

д. Рекомендации лечащему врачу.

е. Прогноз.

Выбрать один правильный ответ

2. Характер ответа патологоанатома:

- а. Окончательный диагноз.
 - б. Описательный.
 - в. Ориентировочный диагноз.
- Выбрать все правильные ответы
3. Обязательному морфологическому исследованию подлежат органы и ткани:
- а. Только в неясных случаях.
 - б. Для уточнения динамики болезни.
 - в. В научных целях.
 - г. Удаленные во время хирургических операций.
 - д. По просьбе больного, родственников.
 - е. Для уточнения характера и тяжести поражения.
- Выбрать один правильный ответ
4. Отвечает за доставку материала в патологоанатомическое отделение:
- а. Лаборант.
 - б. Санитар.
 - в. Лечащий врач.
 - г. Заведующий отделением.
 - д. Патологоанатом.

Ситуационная задача № 8

У мужчины 42 лет, страдающего шизофренией, появились диспепсические симптомы и желтуха. При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение печени без очаговых изменений. При лапароскопии установлено, что фиброзная капсула увеличенной печени тонкая и гладкая, напряжена, ткань органа желтовато-коричневая с зеленоватым крапом. В направлении на гистологическое исследование в разделе «клинические данные» отражены лишь вышеперечисленные сведения.

Клинический диагноз. Лекарственное поражение печени (реакция на лечение аминазином)?

Ответ патологоанатома: при гистологическом исследовании биоптата в гепатоцитах преимущественно центров долек обнаружены крупные и мелкие оптически пустые вакуоли. Желчные капилляры местами расширены, переполнены желчью, в цитоплазме гепатоцитов видны скопления темно-зеленого и коричневатого пигмента. В этих зонах — гиперплазия звездчатых ретикулоэндотелиоцитов (купферовских клеток).

Закключение. При наличии соответствующих клинических данных можно предполагать лекарственную природу поражения печени.

Выбрать один правильный ответ

1. Уточнить природу включений в гепатоцитах поможет окраска:

- а. Толуидиновым синим.
- б. Гематоксилином и эозином.
- в. Суданом III.
- г. ШИК/PAS -реакция.

Выбрать один правильный ответ

2. Характер ответа патологоанатома:

- а. Окончательный диагноз.
- б. Описательный.
- в. Ориентировочный диагноз.

Выбрать все правильные ответы

3. В направлении на гистологическое исследование необходимо указывать:

- а. Длительность заболевания.
- б. Контагиозность.

- в. Результаты печеночных проб.
- г. Употребляемые лекарственные препараты.
- д. Дозы и длительность применения препаратов.
- е. Частоту заболевания в популяции.

Выбрать один правильный ответ

4. Обязательное исследование при появлении диспепсических симптомов и желтухи:

- а. Ультразвуковое исследование печени.
- б. Серологические маркеры гепатитов.
- в. Биопсия печени.
- г. Реакция Вассермана.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);
2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);
3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- *ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания)* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут).

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную

последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).