

Министерство образования и науки Российской Федерации
Министерство образования и науки Кыргызской Республики

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Кыргызско-Российский Славянский Университет
им. Б. Н. Ельцина

СОГЛАСОВАНО

Зав. кафедрой

патологической анатомии

доцент Ахметова М.И. Ахметова

«16» сентября 2015 г.

УТВЕРЖДАЮ

Декан медицинского факультета

профессор Зарифьян А.Г. Зарифьян

«16» сентября 2015 г.



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
БАЗОВОЙ ЧАСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ
(КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.07
«Патологическая анатомия»**

**Уровень подготовки – подготовка кадров
высшей квалификации. Форма обучения - очная
Продолжительность обучения – 2 года**

Зачетные единицы - 72.

Продолжительность практики - 2592 час.

Бишкек 2015

Рабочая программа составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего по специальности 31.08.07 «Патологическая анатомия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (2015 г.)

Индекс Б2.1.

Составители программы:

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Ахметова М.И.	к.м.н., доцент	зав. кафедрой	КРСУ, кафедра патологической анатомии
2.	Белов Г.В.	д.м.н., профессор	профессор	КРСУ, кафедра патологической анатомии
3.	Турганбаев Ж.Т.	к.м.н., доцент	доцент	РПАБ, начальник
По методическим вопросам				
1.	Зарифьян А.Г.	к.м.н., профессор	Декан медицинского факультета КРСУ	ГОУ ВПО КРСУ
2.	Тыныстановна С.Э.		Зав ОПМОПиТ КРСУ	ГОУ ВПО КРСУ

1. Цели :

Целью производственной практики по специальности 31.08.07 «Патологическая анатомия» является углубление теоретических знаний и повышение практической подготовки выпускника медицинского ВУЗа; подготовка высококвалифицированного специалиста, владеющего углубленными современными теоретическими знаниями и объемом практических навыков.

Задачи:

- 1 Формирование общекультурных компетенций врача патологоанатома, необходимых в профессиональной деятельности (культура речи, ведение дискуссий и полемики, способность к сотрудничеству и разрешению конфликтов, толерантность).
- 2 Овладеть способностью и готовностью соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые аспекты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- 3 Овладеть способностью и готовностью к постановке патологоанатомического, патологогистологического диагноза;
- 4 Уметь выделить патогномоничные признаки, являющиеся обоснованием патологоанатомического диагноза;
- 5 Овладеть алгоритмом постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)
- 6 Овладеть ведением и использованием документации, принятой в здравоохранении РФ и КР;
- 7 Овладеть знаниями организационной структуры и анализа управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов;

Для ординаторов второго года обучения:

1. Овладеть полным объемом практических навыков по патологической анатомии, избранным вопросам смежных дисциплин;
2. Уметь поставить патологоанатомический, патологогистологический диагноз;
3. Использовать дифференциально-диагностические критерии для нозологической и синдромальной идентификации структурных изменений на уровне организма, органов, тканей, клеток;
4. Воспитать у врача патологоанатома способность и готовность использовать методы управления, организовывать работу исполнителей в рамках своей профессиональной компетенции.

2. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины

Процесс прохождения производственной практики по специальности 31.08.07 «Патологическая анатомия» направлен на формирование у обучающегося следующих компетенций:

- УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
- УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
- УК-3 - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;
- ПК -1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя

формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания ;

- ПК-2 - готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуациях;

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

-ПК- 4 - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

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

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

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

- ПК -8 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

- ПК- 9 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры. При разработке программы ординатуры организация вправе дополнить набор компетенций выпускников в части программы, формируемой участниками образовательных отношений.

Перечень знаний, умений и владений врача-патологоанатома (ординатора)

В результате освоения дисциплины ординатор должен знать:

1. Общие знания:

- законодательство Российской Федерации и Кыргызской Республики в сфере здравоохранения;
- основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья населения;
- основы медицинского страхования и деятельности медицинских организаций в условиях страховой медицины;
- основы анатомии, гистологии и физиологии человека, половозрастные особенности;
- основы общей патологии человека;
- основы иммунобиологии и реактивности организма;
- основы и клиническое значение лабораторной диагностики заболеваний;
- вопросы экспертизы трудоспособности и законодательства Российской Федерации и Кыргызской Республики по вопросам врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации;
- основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительной работы;
- современные направления развития медицины.

2. Специальные знания:

- морфологические проявления соматической и инфекционной

- патологии в нозологическом аспекте;
- патогномоничные признаки, являющиеся обоснованием патологоанатомического диагноза;
 - макроскопические проявления характерные для конкретной нозологической единицы (болезни), синдрома;
 - дифференциально-диагностические критерии необходимые для нозологической и синдромальной идентификации структурных изменений на уровне организма, органов, тканей, клеток;
 - структурные эквиваленты предикторов (предсказателей) и прекурсоров (предшественников) важных соматических и инфекционных заболеваний человека;
 - принципы кодирования соматических инфекционных заболеваний с применением МКБ-10 болезней и проблем, связанных со здоровьем;
 - правила оформления документов, фиксирующих первоначальную и непосредственную причину смерти (медицинское свидетельство о смерти);
 - клинико-морфологические проявления, принципы анализа данных лабораторной диагностики при наиболее распространенных заболеваниях.
 - Методы патологоанатомического исследования;
 - характерные изменения внутренних органов при заболеваниях человека;
 - основы клинико-анатомического анализа и принципы построения патологоанатомического диагноза;
 - принципы сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов;
 - порядок проведения патологоанатомического вскрытия трупа;
 - порядок и методы исследования биопсийного и операционного материала. Макроскопическое описание операционного материала для гистологического и цитологического исследования. Правила вырезки и

- фиксации биопсийного и операционного материала;
- критерии гистологической диагностики неопухолевых заболеваний и опухолей человека, принципы дифференциальной диагностики в патологической анатомии.
 - принципы сличения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов на предмет выявления дефектов диагностики, дефектов кодирования нозологических единиц и дефектов конструкции диагнозов.
 - основы законодательства РФ, КР и нормативные документы Минздрава России и Кыргызстана, регламентирующие деятельность по специальности «Патологическая анатомия».

По окончании обучения врач-патологоанатом должен уметь:

- распознавать макроскопические изменения в органах в аспекте нозологической и синдромальной специфичности (макроскопическая патологоанатомическая диагностика);
- распознавать на светооптическом уровне патогномоничные признаки общепатологических процессов, болезней и наиболее распространенных синдромов;
- сопоставлять данные макро-, микроскопического анализа, результаты клинического исследования и лабораторных данных;
- оформить направление на бактериологическое, вирусологическое исследование, ПЦР диагностику и др.
- оформить статистический документ государственного образца (медицинское свидетельство о смерти);
- интерпретировать результаты основных методов лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов и заболеваний;
- объяснить патогенез основных клинических проявлений актуальных патологических процессов и заболеваний;

- сопоставлять заключения клинического и патологоанатомического диагноза с целью выявления дефектов диагностики, лечения, конструкции диагноза и дефектов кодирования заболевания в соответствии с принципами МКБ 10;
- оценить клиническую информацию об исследуемых объектах;
- провести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа;
- описать макроскопические изменения органов (макроскопическая диагностика);
- провести микроскопическое исследование гистологического препарата и дать его морфологическое описание (микроскопическая диагностика);
- выполнять клинико-анатомические сопоставления;
- определить категорию и причины расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;
- сформулировать патологоанатомический диагноз, дать заключение о причине смерти и оформить клинико-патологоанатомический эпикриз;
- заполнить медицинское свидетельство смерти с учетом требований международной статистической классификации болезней и причин смерти;
- в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы статуправления новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой "взамен предварительного" или "взамен окончательного";

По окончании обучения врач-патологоанатом должен **владеть:**

- техникой аутопсии, включая техники выделения отдельных участков сосудистой системы, сегментов пищеварительного тракта, билиарной системы, мочеполовой системы, центральной, периферической и вегетативной нервной системы;

- выделять региональные (по отношению к патологическому процессу) и отдаленные лимфатические узлы в зависимости от их порядка;
- техникой вырезки операционного материала с выделением наиболее информативных фрагментов;

3. Структура дисциплины

Продолжительность практики – 2592 часов (72зач. единицы).

Способы проведения производственной (клинической) практики:
стационарная.

Место проведения практики:

Республиканское патологоанатомическое бюро. Бишкек, ул.
Суеркулова 3

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики и	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
<i>Первый год обучения</i>						
Республиканское патологоанатомическое бюро						
1 семестр			17	612		
1.	Порядок вскрытия и общие технические приемы вскрытия	РПАБ	6	216	ПК 4-5	зачет
2.	Особые приемы вскрытия: вскрытие придаточных пазух носа, спинного мозга, отдельное	РПАБ	6	216	ПК 4-5	зачет

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практик и	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
	взвешивание сердца, вскрытие сердца по Г.Г.Автандилову, вскрытие по Шору					
3.	Вскрытие трупов при различных заболеваниях терапевтического, хирургического профиля и др.	РПАБ	5	180	ПК 4-5	зачет
2-й семестр			17	612		
4.	Специальные методы диагностики у секционного стола: пробы на воздушную и жировую эмболии, на пневмоторакс, на амилоид, на ишемию миокарда	РПАБ	8	288	ПК 4-5	зачет
5.	Протоколирование вскрытий. Оформление патологоанатомического диагноза . Клинико-анатомический	РПАБ	9	324	ПК 4-5	зачет

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практик и	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
	эпикриз Сличение клинического и патолого-анатомического диагнозов Оформление медицинского свидетельства о смерти					
<i>Второй год обучения</i>						
3-й семестр			18	648		
1.	Порядок забора биопсийного материала и направления его в прозекутуру	НЦО	2	72	ПК 4-5	зачет
2.	Порядок приема биопсий и оформления документации	РПАБ	2	72	ПК 4-5	зачет
3.	Макроскопическое описание и вырезка биопсийного материала	РПАБ	3	108	ПК 4-5	зачет
4.	Обработка биопсийного материала	РПАБ	2	72		
5.	Срочные биопсии	РПАБ	3	108		

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики и	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
6.	Эндоскопические биопсии	РПАБ	2	72		
7.	Микроскопическая диагностика биопсийного материала	РПАБ	4	144		
4-й семестр			20	720		
8.	Освоение основных методов гистологической обработки секционного и биопсийного материала	РПАБ	3	108		
9.	Ознакомление с методами гистохимии, гистоферментохимии, электронной, люминесцентной микроскопии, методами культуры ткани, автордиографии, морфометрии, методами окраски мазков	РПАБ	3	108		
10.	Методы цитологической диагностики	РПАБ	3	108		
11.	Техника приготовления	РПАБ	4	144		

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практик и	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
	микропрепаратов					
12.	Техника приготовления макропрепаратов	Кафедра патанатомии КРСУ	3	108		
13.	Макро- и микрофотосъемка, приготовление микрофотографий, слайдов	Кафедра патанатомии КРСУ	4	144		

4. Содержание программы практики

4.1.Содержание производственной практики

- Практическая подготовка врача патологоанатома осуществляется непрерывным циклом, в тесной связи с теоретическим обучением.
- Основной базой послевузовской подготовки врачей патологоанатомов является кафедра патологической анатомии ГБОУ ВПО КРСУ г.Бишкек и РПАБ КР
- Руководство обучающихся ординаторов на базе кафедры осуществляется заведующим кафедрой патологической анатомии и преподавателями, специально назначенными ответственными в соответствии с объемом учебной нагрузки.
- Во время прохождения практической подготовки обучающиеся обязаны соблюдать правила охраны труда и правила внутреннего

распорядка, действующие в ГБОУ ВПО КРСУ .

4.2. Производственная практика:

4.2.1. Проведение патологоанатомических вскрытий и гистологических исследований секционного материала под руководством сотрудников кафедры.

4.2.2. Представление протокола патологоанатомического исследования заведующему кафедрой, доценту, профессору.

4.2.3. Вырезка операционного материала и гистологическое исследование под руководством сотрудников кафедры.

4.2.4. Гистологическое исследование биопсийного материала под руководством сотрудников кафедры.

4.2.5. Присутствие и участие (доклады) на клинико-патологоанатомических конференциях.

4.2.6. Объем практической работы ординатора составляет:

Анализ истории болезни, клинического диагноза.

Вскрытие трупов.

Взятие материала для гистологического исследования.

При необходимости взятие материала для вирусологического, бактериологического и цитогенетического и др. исследований.

Оформление после вскрытия протокола патологоанатомического исследования.

Формулировка после вскрытия патологоанатомического диагноза, клинико-патологоанатомического эпикриза.

Заключение о первоначальной и непосредственной причинах смерти.

Оценка признаков ятрогенной патологии.

Оценка совпадения или расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Описание макроскопических изменений аутопсийного и операционного материала (присланного из клинических отделений).

Вырезка кусочков органов и тканей для гистологического исследования.

Общение с лаборантами по вопросам фиксации, обработки, методике окраски и необходимом количестве микропрепаратов.

Проведение микроскопического исследования препаратов и формулирование патологоанатомического диагноза.

Подготовка выступления на клинико-патологоанатомической конференции.

Выполнение следующих манипуляций:

- осмотр трупа (осмотр и описание состояния кожных покровов, наличия послеоперационных рубцов и ран, повязок, дренажей, патологических образований и трупных изменений кожи);
- вскрытие и исследование полостей тела (осмотр и описание состояния стенок и содержимого полостей, топографического расположения органов и характеристику их серозного покрова);
- извлечение органокомплекса (методические приемы, позволяющие исследовать органокомплекс с сохранением взаимоотношений внутренних органов и тканей);
- изучение органов и тканей по системному принципу сверху вниз;
- взятие материала для гистологического исследования (обязательное) и гистохимического, бактериологического, биохимического и прочие (при наличии показаний);
- приведение тела в достойный вид для передачи на хранение (ушивание секционных разрезов и тщательное омывание трупа водой).

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Наименование подразделения	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и прочее с перечнем основного оборудования
----------------------------	--

<p>1. Кафедра патологической анатомии</p>	<p>Помещения кафедры по адресу: г.Бишкек, ул.Байтик-Баатыра 1А</p> <ul style="list-style-type: none"> -Учебные кабинеты с комплексом учебно-методического обеспечения. -Методические пособия, учебные задания, тестовые задания. -Ноутбук, мультимедийный проектор -Тестовые вопросы и ситуационные задачи.
<p>2. РПАБ</p>	<p>Помещение РПАБ по адресу: г.Бишкекул. ул Суеркулова 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Секционный зал с комплексом оборудования для проведения вскрытий. - Лаборатория с оборудованием для вырезки аутопсийного и биопсийного материалов. - Оборудование для изготовления гистологических препаратов. - Микроскопы .

7. Фонд оценочных средств по дисциплине

Вступительные экзамены в ординатуру:

1. Вопросы к вступительным экзаменам в ординатуру – 237;
2. Экзаменационные билеты;

Промежуточная аттестация ординаторов 1-го года обучения:

1. Вопросы для проведения промежуточной аттестации ординаторов 1 года обучения – 100;
2. Набор тестов для проведения промежуточной аттестации ординаторов 1 - года обучения – 100 - 1 вариант;

3. Ситуационные задачи – 23;

Промежуточная аттестация ординаторов 2-го года обучения:

1. Вопросы для проведения промежуточной аттестации ординаторов 2-го года обучения - 65;
2. Набор тестов для проведения промежуточной аттестации ординаторов 2-го года обучения – 100 ;
3. Ситуационные задачи – 23;

Итоговая государственная аттестация:

1. Экзаменационные вопросы - 237
2. Ситуационные задачи - 15

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

к вступительному экзамену в клиническую ординатуру по специальности «Патологическая анатомия»

ПРЕДМЕТ И МЕТОД.

1. Задачи патологической анатомии. Этиология, патогенез болезней: определение понятий, содержание, роль патологоанатома в оценке этиологии и патогенеза.
2. Морфогенез, санагенез болезней: определение понятий, содержание, роль патологоанатома в оценке морфогенеза и санагенеза.
3. Патоморфоз болезней: определение понятий, классификация, структурно-функциональные проявления.
4. Морфологическая картина болезней на различных уровнях организации живой материи.
5. Соотношение структурных и функциональных проявлений болезней.
6. Методы патологической анатомии. Биопсия: задачи.
7. Методы патологической анатомии. Вскрытие: задачи.

СМЕРТЬ. НЕКРОЗ.

8. Смерть: определение понятия, классификация. Признаки биологической смерти.

9. Некроз: определение понятия, клиничко-анатомические формы.

Секвестр: причины образования, топография, морфология, осложнения.

10. Гангрена: клиничко-анатомические формы, морфология, дифференциальный диагноз различных форм.

11. Инфаркты: механизм образования, морфологические варианты в различных органах, функциональное значение.

12. Инфаркт: определение понятия. Инфаркты почек и селезенки: механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.

13. Инфаркты легких и кишок: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.

14. Микроскопические признаки некроза: типы смерти ядра и цитоплазмы. Апоптоз.

15. Исходы некроза.

ДИСТРОФИЯ.

16. Дистрофия: определение понятия, механизм развития и классификация.

17. Паренхиматозные белковые дистрофии: определение понятия, классификация. Гиалиново-капельная дистрофия: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.

18. Гидропическая дистрофия: механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.

19. Паренхиматозная жировая дистрофия: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.

20. Паренхиматозные углеводные дистрофии: определение понятия, классификация. Сахарный диабет: механизм развития, морфология, функциональное значение.

21. Слизистая дистрофия (паренхиматозная): механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.

22. Стромально - сосудистые дистрофии: определение понятия, классификация. Мукоидное и фибриноидное набухание: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
23. Гиалиноз: классификация, механизм развития, строение гиалина. Функциональное значение гиалиноза, исходы.
24. Гиалиноз сосудов: механизм развития, классификация, морфология, функциональное значение.
25. Амилоидоз: определение понятия, классификация, строение амилоида.
26. Амилоидоз: морфогенез.
27. Амилоидоз первичный и вторичный: механизм развития, топография, морфология, исходы.
28. Амилоидоз наследственный и старческий: механизм развития, топография, морфология, исходы.
29. Стромально – сосудистые жировые дистрофии: определение понятия. Ожирение: механизм развития, классификация, морфология, функциональное значение.
30. Смешанные дистрофии: определение понятия, классификация. Эндогенные пигментации: классификация.
31. Гемоглобиногенные пигменты: определение понятия. Пигменты нормы. Пигменты патологические.
32. Нарушение обмена гемосидерина (гемосидероза): механизм развития, морфология, функциональное значение.
33. Гемохроматоз: варианты, причины, механизм развития, морфология, функциональное значение.
34. Нарушение обмена билирубина. Желтуха: определение понятия, классификация, механизм развития, морфология, функциональное значение.
35. Протеиногенные пигменты: определение понятия, классификация. Гипермеланоз: варианты, механизмы развития, морфология, функциональное значение.

36. Гипермеланоз: варианты, механизм развития, морфология, функциональное значение.
37. Нарушение обмена нуклеопротеидов: определение понятия. Подагра: механизм развития, морфология, функциональное значение.
38. Нарушение обмена кальция. Кальцинозы: классификация, механизм образования кальцификатов, морфология. Функциональное значение.
39. Образование камней: причины, механизм развития. Структура и топография камней, их функциональное значение.
40. Камни почек и мочевых путей: строение камней, осложнения.
41. Тезауросы (болезни накопления): механизм развития, критерии диагноза, клинико-анатомические формы.
42. Камни желчного пузыря и желчных путей: строение камней, осложнения.
- НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ.**
43. Нарушение кровообращения. Классификация.
44. Артериальная гиперемия: определение понятия, классификация. Воспалительная артериальная гиперемия: функциональное значение
45. Артерио-венозный свищ: Причины нарушения гемодинамики, функциональное значение.
46. Коллатеральная артериальная гиперемия: механизм развития, функциональное значение.
47. Ишемия местная: определение понятия. Острая и хроническая ишемия: механизм развития, морфология изменений органов.
48. Местное венозное полнокровие: механизм развития.
49. Острая сердечная недостаточность: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
50. Хроническая сердечная недостаточность: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
51. Тромбоз: определение понятия: функциональное значение. Тромб: топография, причины, механизм развития.
52. Тромб: локализация, строение, исходы.

53. Эмболия: определение понятия. Направление движения эмболов.
54. Тромб: дифференциальный диагноз со свертком и эмболом.
55. Эмболия: материал эмболов.
56. Кровотечение: определение понятия, классификация в зависимости от типа повреждения сосуда. Гематома, геморрагическая инфильтрация: морфология, функциональное значение, исходы.
57. Стаз. Плазморрагия: определение понятия, причины, механизм развития, функциональное значение, исходы.
58. ДВС-синдром: определение понятия, механизм развития (стадии), морфология.
59. Шок: определение понятия, классификация, морфология.

ВОСПАЛЕНИЕ.

60. Воспаление: определение понятия, биологическая сущность, классификация, терминология.
61. Воспаление: морфогенез и патогенез; роль медиаторов воспаления.
62. Клетки очага воспаления: функция (синтез структурных компонентов и биологически активных веществ, кооперация).
63. Клетки очага воспаления: пролиферация и трансформация.
64. Экссудативное воспаление: определение понятия, классификация. Серозное воспаления: причины и механизм развития, локализация, морфология, функциональное значение, исходы.
65. Фиброзное воспаление: классификация, крупозное и дифтеритическое воспаление: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, осложнения, исходы.
66. Гнойное воспаление: клинико-анатомические варианты. Флегмона: причины и механизм развития, локализация, морфология, осложнения, исходы.
67. . Гнойное воспаление. Абсцесс, эмпиема: определение понятий, локализация, морфология, осложнения, исходы.

68. Катаральное воспаление: причины, локализация, морфология, осложнения, исходы.
69. Гнилостное воспаление: этиология, локализация, морфология, осложнения, исходы.
70. Геморрагическое воспаление: этиология, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
71. Продуктивное воспаление: определение понятия, классификация. Воспаление с образованием полипов и кондилом: причины, локализация, осложнения.
72. Продуктивное воспаление: этиология, патогенез, отличительные морфологические признаки, классификация.
73. Межуточное воспаление: определение понятия, причины, локализация, морфология, исходы.
74. Гранулематозное воспаление: определение понятия. Классификация гранулем.
Морфогенез гранулем.
75. Морфологические варианты туберкулезного продуктивного воспаления. Милиарный бугорок, туберкул, специфическая грануляционная ткань: строение, исходы.
76. Морфологические проявления третичного периода сифилиса. Гумма, межуточное воспаление, осложнения, исходы.
77. Проказа: этиология, клиничко - анатомические формы. Лепрома: локализация, морфология, осложнения.
78. Воспалительно – репаративная реакция (по Серову В.В.): компоненты реакции;
ауторегуляция " дирижеры клеточного ансамбля".
79. Динамика воспалительно - репаративной реакции.
80. Процессы компенсации и приспособления: определение понятия, функциональное значение.

81. Компенсация: структурные проявления, этапы развития. Декомпенсация: причины и механизм развития.
82. Компенсация: локализация, варианты эффективности.
83. Викарная гипертрофия: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
84. Рабочая гипертрофия: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
85. Атрофия общая (кахексия): определение понятия, классификация, морфология, функциональное значение.
86. Атрофия местная: определение, классификация, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
87. Аккомодация органная, тканевая: причины и механизм развития, морфология, функциональное значение.
88. Метаплазия: определение понятия, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
89. Регенерация: определение понятия. Формы (уровня) регенерации органов и тканей.
90. Регенерация: классификация. Физиологическая регенерация: морфология, биологическая сущность.
91. Репаративная регенерация: определение понятия, классификация. Полная репаративная регенерация: локализация морфология.
92. Регенерационная гипертрофия (неполная регенерация): определение понятия. Варианты: локализация, морфология.
93. Патологическая регенерация: механизм развития, морфология, функциональное значение.
94. Дисрегенерация: определение понятия, причины и механизм развития.
95. Дисрегенерация: морфология, функциональное значение.

ИММУНОПАТОЛОГИЯ.

96. Иммунопатологические процессы и болезни: перечень. Иммунное воспаление: отличительные признаки.

97. Аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
98. Истинные аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
99. Органонеспецифические аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
100. Болезни с аутоиммунными нарушениями: аутоантигены, механизм и аутоиммунизация, нозологические формы.
101. Морфология аутоиммунных болезней: тимус, лимфоузлы и селезенка, органы – мишени.
102. ГЗТ: механизм иммунного конфликта, морфология воспаления.
103. ГНТ: механизм иммунного конфликта, морфология воспаления.
104. Первичный иммунодефицитный синдром: варианты синдрома.
105. Первичный иммунодефицитный синдром: клиничко-анатомические проявления.
106. Первичный иммунодефицитный синдром: изменение тимуса, изменения лимфатических узлов и селезенки.
107. Вторичный иммунодефицитный синдром: определение понятия, причина.

ОПУХОЛИ.

108. Варианты роста опухолей: по отношению к окружающим тканям; по отношению к стенке и просвету полого органа.
109. Предраковая патология: факультативный предрак, облигатный предрак, Критерии морфологического диагноза " предрака".
110. Вторичные изменения опухолей.
111. Атипия опухолевых клеток: варианты. Морфологическая атипия; проявления на различных структурных уровнях.
112. Атипичный антиген опухолей.
113. Влияние опухолей на организм: местная , общая.
114. Этапы морфогенеза злокачественных опухолей.

115. Типы структуры опухолей в зависимости от проявлений морфологической атипии ее клеток.
116. Метастазы опухолей: определение понятия. Этапы метастазирования опухолей.
117. Пути метастазирования опухолей.
118. Классификация опухолей ВОЗ.
119. Критерии клинко-анатомического диагноза " злокачественная опухоль".
120. Критерии клинко-анатомического диагноза "доброкачественная опухоль".
121. Критерии клинко-анатомического диагноза "опухоль с местнодеструктирующим ростом".
122. Доброкачественные органонеспецифические опухоли из эпителия: классификация, морфология.
123. Гистологические формы рака, исходящие из плоского (переходного эпителия).
124. Гистологические формы рака, исходящие из энтодермального (цилиндрического, кубического) эпителия.
125. Рак легкого: предраковая патология, клинко-анатомическая классификация, гистологическое строение.
126. Рак легкого: пути распространения. Причины смерти больных
127. Рак желудка: предраковая патология, макроскопические формы, гистологическое строение.
128. Рак желудка: пути распространения. Причины смерти больных.
129. Рак шейки матки: микроскопические формы, гистологическое строение, пути распространения.
130. Рак тела матки: макроскопические формы, гистологическое строение, пути распространения.

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

131. Приобретенные пороки сердца: определение понятия. Клинико-анатомические варианты пороков, механизм их развития.
Сочетанные, комбинированные пороки: определение понятия.
132. Приобретенные пороки аортальных клапанов: механизм развития, морфология пороков различной этиологии.
133. Приобретенные пороки митрального клапана: механизм развития, морфология пороков различной этиологии.
134. Атеросклероз: этиология, факторы риска, патогенез, клинико-анатомические формы.
135. Атеросклероз: локализация, морфогенез, морфология.
136. Острая ИБС: клинико - анатомические варианты, критерии диагноза макроскопические, микроскопические.
137. Инфаркт миокарда: варианты локализации и течения
138. Инфаркт миокарда: осложнения, причины смерти больных.
139. ХИБС – морфология. Осложнения, причины смерти больных.
140. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, (теория Ланга – Мясникова, мембранная). Варианты течения гипертонической болезни.
141. Гипертоническая болезнь: дифференциальный диагноз доброкачественной и злокачественной форм. Гипертонический криз.
142. Гипертоническая болезнь: морфология второй стадии доброкачественной формы.
143. Гипертоническая болезнь: морфология третьей стадии доброкачественной формы.
144. Вторичные гипертензии: классификация, морфология.
145. Кардиомиопатии: определение понятия, классификация, течение, исход.
146. Гипертрофическая (констриктивная) кардиомиопатия; причины, морфология.
147. Дилатационная (конгестивная), рестриктивная кардиомиопатии: причины, морфология.

148. Аневризмы артерии: причины и механизм развития, локализация, морфология, осложнения.

149. Общие признаки механизма развития и морфологии болезней соединительной ткани.

150. Ревматизм. Ревматический эндокардит; варианты топографии и морфологии, исходы.

151. Ревматизм: механизм развития, клиничко-анатомические формы.

152. Ревматический миокардит: морфология, исходы.

153. Ревматоидный артрит: этиология, механизм развития.

154. Ревматоидный артрит: морфология поражений суставов и висцеральных изменений.

155. Системная красная волчанка: механизм развития, морфология.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

156. Хронический бронхит: этиология, морфология, функциональное значение. исходы.

157. Бронхоэктазы: механизм развития, осложнения, исходы.

158. Эмфизема легких: механизм развития, осложнения, классификация, морфология.

159. Крупозная пневмония: этиология, патогенез, морфогенез (по В.Д.Цинзерлингу), морфология форм.

160. Крупозная пневмония: осложнения, исходы.

161. Стафилококковая пневмония: морфология, осложнения, исходы.

162. Стрептококковая пневмония: морфология, осложнения, исходы.

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

163. Хронические пилородуоденальные язвы: топография, механизм развития.

164. Хронические язвы тела желудка.

165. Прогрессирующая хроническая язва желудка и 12 перстной кишки: морфология.

166. Заживающая хроническая язва желудка и 12 перстной кишки.

167. Осложнения хронической язва желудка и 12 перстной кишки.
168. Симптоматические язвы желудка и 12 перстной кишки.
169. Аппендицит острый: механизм развития, морфология различных форм, осложнения, исходы.
170. Аппендицит хронический: морфология.

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.

171. Массивный прогрессирующий некроз печени: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.
172. Массивный прогрессирующий некроз печени: морфогенез, морфология местных и общих изменений.
173. Гепатиты: определение понятия, классификация.
174. Вирусные гепатиты: патогенез, классификация.
175. Вирусные гепатиты: клинико-анатомические формы, морфология, исходы.
176. Морфогенез вирусного гепатита: морфология общих изменений.
177. Вирусный гепатит. Патогенез, морфология, исходы.
178. Вирусный гепатит Д: этиология, клинико-анатомические формы, исходы.
179. Циррозы печени: классификация. Критерии морфологического диагноза.
180. Циррозы печени: морфогенез.
181. Циррозы печени: морфология общих изменений, осложнения, причины смерти больных.
182. Циррозы печени: дифференциальный диагноз портального, постнекротического, билиарного циррозов.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.

183. Гломеруллопатия: определение понятия, классификация.
184. Гломерулонефрит: механизм развития.
185. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы.
186. Подострый гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.

187. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.

188. Первичный нефротический синдром: определение понятия. Липоидный нефроз: этиология, механизм развития, морфология, исходы.

189. Первичный нефротический синдром: определение понятия. Мембранозная нефропатия: причины, механизм развития. Исходы.

190. Некротический нефроз (ОПН): причины, механизм развития морфология, исходы. Причины смерти больных.

191. Тубулоинтерстициальный нефрит: причины, механизм развития, течение, морфология, исходы.

192. Пиелонефрит: этиология, факторы риска, механизм развития, морфология, исход. Осложнения.

193. Хроническая почечная недостаточность: механизм развития, морфология.

194. Первичный нефросклероз: классификация, морфология, исходы.

195. Вторичный нефросклероз: механизм развития, морфология, исходы.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. ТУБЕРКУЛЕЗ.

196. Туберкулез: возбудители, пути инфицирования. Понятия: "инфицированность ВК", "заболевание туберкулезом". Факторы, определяющие заболевание туберкулезом.

197. Первичный туберкулезный комплекс: локализация, морфология.

198. Первичный туберкулезный комплекс: морфология заживления. Функциональное значение очагов Гона.

199. Первичный туберкулез. Варианты. Лимфожелезистая генерализация первичного туберкулезного комплекса: ее морфология, исходы.

200. Первичный туберкулез легких. Рост первичного аффекта, морфология, исходы.

201. Гематогенный туберкулез: определение понятия. Гематогенный генерализованный туберкулез: источники, клинико-анатомические формы, исходы.

202. Гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких: источники, клинико-анатомические формы, исходы.

203. Гематогенный туберкулез с внелегочными (органными) поражениями, варианты, осложнения, исходы.

204. Первичный туберкулез легких. Гематогенное прогрессирование первичного туберкулезного комплекса: варианты, морфология, функциональное значение, исходы.

205. Вторичный туберкулез. Реинфект: определение понятия. Варианты реинфектов, механизм их развития, морфология.

206. Вторичный туберкулез: формы – фазы.

207. Вторичный туберкулез. Казеозная пневмония, острый кавернозный туберкулез: локализация, морфология, исходы.

208. Вторичный туберкулез легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез: локализация, морфология, исходы.

ОСОБООПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

209. Особоопасные инфекции: определение понятия, нозологические формы, эпидемиология. Правила вскрытия и захоронения трупов.

210. Сибирская язва: этиология, пути инфицирования, патогенез, клинико-анатомические формы, морфология, причины смерти больных.

211. Чума: этиология, пути инфицирования, клинико-анатомические формы, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

212. Холера: этиология, пути инфицирования, патогенез, клинико-анатомические формы, морфология. Причины смерти больных.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

213. Брюшной тиф: этиология, пути инфицирования, морфогенез, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

214. Дизентерия: этиология, пути инфицирования, морфогенез, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

215. Сальмонеллез: этиология, пути инфицирования, клинико-анатомические формы, морфология осложнения. Причины смерти больных.

216. Сепсис: отличительные признаки сепсиса. Реактологическая теория механизма развития.

217. Септицемия: механизм развития, морфология местных и общих структурных изменений. Входные ворота сепсиса. Септический очаг.

218. Септицемия: механизм развития, морфология местных и общих структурных изменений. Причины смерти больных.

219. Инфекционный эндокардит: этиология, пути инфицирования, формы гриппа. Морфология, осложнения, причины смерти больных.

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

220. Биологические свойства вирусов.

221. Грипп: этиология, пути инфицирования, формы гриппа. Морфология, осложнения, причины смерти больных.

222. Парагрипп. РС – инфекция, аденовирусная инфекция: этиология, пути инфицирования, характерные морфологические признаки, осложнения.

223. Скарлатина: этиология, периоды, морфология, осложнения, причины смерти больных.

224. Дифтерия: этиология, пути инфицирования, клинико-анатомические формы, морфология местных и общих изменений, осложнения. Причины смерти больных.

225. Менингококковая инфекция: этиология, клинико-анатомические формы, морфология, морфология, исходы. Причины смерти больных.

226. Корь: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ.

227. Периодизация и закономерности прогенеза и киматогенеза. Пренатальная патология: этиология, патогенез, закономерности развития.
228. Патология прогенеза и киматогенеза. (гамеопатии и бластопатии): определение понятий, этиология, патогенез, исходы.
229. Эмбриопатии: определение понятия, этиология, классификация. Врожденные пороки ЦНС: этиология, патогенез, морфология, терминология, прогноз.
230. Врожденные пороки сердца: этиология, патогенез. Врожденные пороки с нарушением давления полостей сердца: морфология, осложнения, причины смерти больных.
231. Комбинированные врожденные пороки сердца: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.
232. Врожденные пороки сердца с нарушением деления артериального ствола: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.
233. Фетопатии: определение понятия, этиология, патогенез, классификация. Не инфекционные фетопатии.
234. Гемолитическая болезнь новорожденных: определения понятия, классификация, этиология, патогенез, морфология, исходы.
235. Перинатальный период. Определение понятий недоношенность, Переношенность, мертворожденность, перинатальная смертность. Антенатальный, интранатальный и постнатальный периоды.
236. Синдром дыхательных расстройств: определение понятия, классификация, этиология, морфология.
237. Асфиксия: определение понятия, классификация, этиология, патогенез, морфология, исходы.

**1. Вопросы для проведения промежуточной аттестации ординаторов
1 года обучения:**

1. При интоксикации и гипоксии ожирение гепатоцитов происходит преимущественно централобулярно.
2. Жировая инфильтрация обязательно диффузно поражает всю паренхиму печени.
3. Жировой гепатоз - хроническое заболевание, характеризующееся повышенным накоплением жира в гепатоцитах.
4. Ожирение гепатоцитов может быть только мелкокапельным.
5. В развитии токсической дистрофии различают стадии желтой и красной дистрофии.
6. Течение токсической дистрофии характеризуется прогрессирующим массивным некрозом печени.
7. Причинами развития токсической дистрофии печени могут быть только экзогенные факторы.
8. Гепатозы могут быть наследственными и приобретенными.
9. Гепатоз - заболевание печени, характеризующееся дистрофией и некрозом гепатоцитов.
10. Гепатит может развиваться как самостоятельное заболевание или как проявление другой болезни.
11. При гепатите отмечается только воспалительная инфильтрация портальных трактов.
12. Почка называется "пестрой" при остром гломерулонефрите.
13. Хронический гломерулонефрит может быть только мезангиальным.
14. При остром тубуло-интерстициальном нефрите инфильтрат проникает в межканальцевые пространства и разрушает нефроциты.
15. При хроническом пиелонефрите поверхность почек гладкая.

16. Коллоидный зоб щитовидной железы может быть только макрофолликулярным.
17. При сахарном диабете поджелудочная железа может быть не изменена.
18. В печени при сахарном диабете отмечается жировая дистрофия.
19. Синдром Киммельстила-Уилсона характеризуется высокой протеинурией, отеками, артериальной гипертензией.
20. При сахарном диабете смерть больного может наступить от инфаркта миокарда.
21. Кишечное кровотечение и прободение язвы являются редкими осложнениями брюшного тифа.
22. В стадии некроза групповых фолликулов отмечается склероз брюшнотифозных гранулем.
23. Стадия образования язв связана с отторжением некротических масс.
24. Сепсис является очень частым осложнением брюшного тифа.
25. При брюшном тифе в стадии мозговидного набухания образуются брюшнотифозные гранулемы.
26. В течении сальмонеллеза различают 3 формы: интестинальную, септическую, брюшнотифозную.
27. Интестинальная форма протекает без признаков гастроэнтерита.
28. Для септической формы характерна гематогенная генерализация с образованием метастатических очагов во многих органах.
29. При дизентерии местные изменения в кишечнике проходят 4 стадии.
30. Местные изменения при дизентерии развиваются преимущественно в слепой и восходящей ободочной кишке.
31. В стадии фибринозного колита стенка кишки резко истончена, с наличием язвенных дефектов слизистой оболочки.
32. Микроскопически в стадии фибринозного колита обнаруживаются дистрофические и некротические изменения в нервных сплетениях кишки.

33. В стадию образования язв перфорация стенки кишки является наиболее редким осложнением.
34. По клинико-морфологическим формам выделяют 2 формы сепсиса.
35. Септицемия - форма сепсиса, для которой характерны гнойные метастазы.
36. При септицемии выражены признаки геморрагического синдрома.
37. Септикопиемия - форма сепсиса, для которой характерно образование гнойников в органах тканей.
38. При септикопиемии септический очаг обычно расположен в воротах инфекции.
39. Септическая селезенка макроскопически уменьшена в объеме, соскоба не дает.
40. Наиболее частыми возбудителями септического эндокардита являются стафилококк, стрептококк, энтерококк.
41. При септическом эндокардите очень редко поражаются аортальные клапаны.
42. Актиномикоз - висцеральный микоз с хроническим течением, образованием гнойников и гранулем.
43. Очаги актиномикоза плотные, на разрезе желто-зеленоватые, сотовидного строения.
44. Наиболее тяжелым осложнением актиномикоза является амилоидоз.
45. Возбудителем кандидоза является *ActinomycesIsraelii*.
46. Кандидоз является всегда вторичным заболеванием.
47. Различают локальный и генерализованный кандидоз.
48. При длительном течении кандидоза в органах могут образовываться гранулемы.
49. При кандидозе поражается только желудочно-кишечный тракт.
50. Аспергиллез - заболевание, встречающееся у человека, животных и птиц.
51. Хроническая аневризма сердца - взбухание некротизированной стенки миокарда.

52. Для кардиомиопатий характерны воспалительные изменения ткани миокарда.
53. Экссудативный перикардит может осложниться тампонадой сердца.
54. Пневмоторакс всегда является ятрогенной патологией.
55. Разрыв расслаивающей аневризмы аорты может вызвать гемоторакс.
56. При отеке легких отечная жидкость сначала скапливается в просвете альвеол, затем в межуточной ткани.
57. Карнификация легких является следствием рассасывания экссудата.
58. При длительном существовании бронхоэктазы могут осложняться амилоидозом.
59. Бронхоэктазы могут быть врожденными и приобретенными.
60. Грануляционная ткань при инфаркте миокарда развивается со 2-й недели.
61. Мелкоочаговый кардиосклероз сопровождается гипертрофией мышцы сердца.
62. Источник тромбоэмболии легочной артерии - тромбы воротной вены.
63. В патогенезе гипертонической болезни играет роль активация симпатической нервной системы.
64. Для гипертонического криза характерен гиалиноз артериол.
65. Гипертоническая болезнь имеет только сердечную и мозговую формы.
66. Начальная фаза ревматического процесса характеризуется клеточной воспалительной реакцией.
67. При ревматизме наиболее часто поражается трехстворчатый клапан.
68. Зрелая ревматическая гранулема состоит из крупных макрофагов.
69. Поражение суставов при ревматизме связано с развитием паннуса из грануляционной ткани и с деструкцией суставного хряща.
70. Периартериальный склероз в селезенке - характерный признак системной красной волчанки.
71. Хронический абсцесс относится к группе хронических неспецифических заболеваний легких.

72. "Рисовые тельца" в суставах - характерный признак ревматоидного артрита.
73. При узелковом периартериите поражаются аорта и магистральные артерии.
74. Прогрессирование крупозной пневмонии происходит бронхогенным путем.
75. Бронхит является обязательным компонентом очаговой пневмонии.
76. При контактном поражении плевры выпот редко бывает геморрагическим.
77. Эрозии и язвы в нижнем отделе пищевода характерны для рефлюкс-эзофагита.
78. Хеликобактерный гастрит всегда активный.
79. Аутоиммунный гастрит преимущественно фундальный.
80. Первично-язвенный рак желудка является следствием малигнизации хронической язвы.
81. Острые язвы желудка чаще локализуются на малой кривизне, в антральном и пилорическом отделах.
82. Хроническая язва двенадцатиперстной кишки чаще локализуется в луковице.
83. В период обострения в дне хронической язвы появляется зона фибриноидного некроза.
84. В дне острых эрозий и язв желудка часто обнаруживают гемосидерин.
85. Органоспецифической опухолью яичника является крукенберговский рак.
86. Неспецифический язвенный колит может протекать в острой и хронической формах.
87. Осложнением аппендицита может быть пилефлебит.
88. Хронический слипчивый перитонит может приводить к кишечной непроходимости.
89. Рак прямой кишки метастазирует в печень.
90. Анемии вследствие недостатка железа всегда гипохромные.

91. При пернициозной анемии развивается фуникулярный миелоз.
92. Гемолитические анемии сопровождаются гемосидерозом.
93. Пилоидный костный мозг развивается при гемолитических анемиях.
94. Гистиоцитоз Х - лейкоз моноцитарного происхождения.
95. Нодулярный склероз характерен для доброкачественного течения лимфогранулематоза.
96. Клетки Березовского-Штернберга - признак миеломной болезни.
97. Для миеломной болезни характерно сморщивание почек.
98. "Порфириновая селезенка" - признак лимфогранулематоза.
99. Парапротейнемические лейкозы исходят из клеток Т-лимфоцитарной системы.
100. Вторичный туберкулез характеризуется преимущественно внелегочными поражениями.

КАРТА ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ
К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ
ОРДИНАТУРЫ ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

О Т В Е Т Ы:

" ___ " _____ 200__ г.

Ф.И.О. _____

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

ЗАЧЕРКНУТЬ

№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль -ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ
1	да нет	26	да нет	51	да нет	76	да нет

2	да нет	27	да нет	52	да нет	77	да нет
3	да нет	28	да нет	53	да нет	78	да нет
4	да нет	29	да нет	54	да нет	79	да нет
5	да нет	30	да нет	55	да нет	80	да нет
6	да нет	31	да нет	56	да нет	81	да нет
7	да нет	32	да нет	57	да нет	82	да нет
8	да нет	33	да нет	58	да нет	83	да нет
9	да нет	34	да нет	59	да нет	84	да нет
10	да нет	35	да нет	60	да нет	85	да нет
11	да нет	36	да нет	61	да нет	86	да нет
12	да нет	37	да нет	62	да нет	87	да нет
13	да нет	38	да нет	63	да нет	88	да нет
14	да нет	39	да нет	64	да нет	89	да нет
15	да нет	40	да нет	65	да нет	90	да нет
16	да	41	да	66	да	91	да нет

	нет		нет		нет		
17	да нет	42	да нет	67	да нет	92	да нет
18	да нет	43	да нет	68	да нет	93	да нет
19	да нет	44	да нет	69	да нет	94	да нет
20	да нет	45	да нет	70	да нет	95	да нет
21	да нет	46	да нет	71	да нет	96	да нет
22	да нет	47	да нет	72	да нет	97	да нет
23	да нет	48	да нет	73	да нет	98	да нет
24	да нет	49	да нет	74	да нет	99	да нет
25	да нет	50	да нет	75	да нет	100	да нет

Процент правильных ответов _____ Оценка _____

(отлично 90 – 100%, хорошо 80 – 89%, удовл. 70 – 79%, неуд. < 70%)

Подписи экзаменаторов _____

П Р А В И Л Ь Н Ы Е О Т В Е Т Ы

К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ К ПРОВЕДЕНИЮ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЫ ПО
ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль -ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ
1	да	26	да	51	нет	76	нет
2	нет	27	нет	52	нет	77	да
3	да	28	да	53	да	78	да
4	нет	29	да	54	нет	79	да
5	да	30	нет	55	да	80	нет
6	да	31	нет	56	нет	81	да
7	нет	32	да	57	нет	82	да
8	да	33	нет	58	да	83	да
9	да	34	нет	59	да	84	нет
10	да	35	нет	60	да	85	нет
11	нет	36	да	61	да	86	да
12	да	37	да	62	нет	87	да
13	нет	38	да	63	да	88	да
14	да	39	нет	64	нет	89	да
15	нет	40	да	65	нет	90	да
16	нет	41	нет	66	нет	91	да
17	да	42	да	67	нет	92	да
18	да	43	да	68	да	93	нет
19	да	44	да	69	нет	94	да
20	да	45	нет	70	да	95	да
21	нет	46	нет	71	да	96	нет
22	нет	47	да	72	да	97	да
23	да	48	да	73	нет	98	да
24	нет	49	нет	74	нет	99	нет
25	да	50	да	75	да	100	нет

2. Тесты для проведения промежуточной аттестации ординаторов 1 года

1. Бурая атрофия органа сопровождается накоплением:
 - А) гемосидерина
 - Б) гемофусцина
 - В) сернистого железа
 - Г) липофусцина
2. Амилоидозом может осложниться:
 - А) гипертоническая болезнь
 - Б) цирроз печени
 - В) хронический гломерулонефрит
 - Г) хронический абсцесс легкого
3. Причиной внезапной смерти при тромбоэмболии является:
 - А) недостаточность коллатерального кровотока
 - Б) застой крови в большом круге кровообращения
 - В) пульмокоронарный рефлекс
 - Г) снижение минутного выброса левого желудочка
4. Какой из факторов свертывания крови продуцируют эндотелиальные клетки?:
 - А) тромбин
 - Б) фибриноген
 - В) фактор VIII
 - Г) фактор X
5. Наиболее характерные морфологические признаки апопоза:
 - А) кариопикноз и коагуляционный некроз цитоплазмы
 - Б) конденсация хроматина с секвестрацией фрагментов цитоплазмы
 - В) центральный хроматолиз, кариолизис и цитолизис
 - Г) кариорексис и плазморексис
6. Окраской по Коссу выявляют отложения:

- А) нейтральных липидов
 - Б) муцина
 - В) калия
 - Г) кальция
7. При декомпенсации "правого сердца" развивается:
- А) мускатная печень
 - Б) саговая селезенка
 - В) бурая индурация легких
 - Г) тромбоэмболия легочной артерии
8. К морфологическим проявлениям сосудистого спазма относятся нижеперечисленные изменения кроме:
- А) гофрированного вида и фрагментации эластических мембран
 - Б) диапедеза
 - В) плазморрагии
9. Зоной расселения Т-лимфоцитов в лимфатическом узле является:
- А) корковая зона
 - Б) паракортикальная зона
 - В) мозговая зона
 - Г) синусы
10. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) избирательно поражает:
- А) В-лимфоциты
 - Б) Т-хелперы
 - В) Т-супрессоры
 - Г) Т-киллеры
11. Источником тромбоэмболии легочной артерии могут быть:
- А) портальная вена
 - Б) глубокие вены голеней
 - В) подключичная вена
 - Г) бедренная артерия
12. При дифтерии в сердце развивается:

- А) гнойный миокардит
 - Б) токсический миокардит
 - В) гранулематозный миокардит
 - Г) фибринозный перикардит
13. Дифференциально-диагностический признак, отличающий затяжной септический эндокардит от ревматического эндокардита:
- А) бородавчатые наложения на клапанах
 - Б) сращения между створками клапанов
 - В) обызвествление ткани клапана
 - Г) изъязвления и фенестрация клапанов
14. Врожденная цитомегаловирусная инфекция характеризуется:
- А) поражением почек с почечной недостаточностью
 - Б) поражением легких с дистресс-синдромом
 - В) поражением печени с желтухой
 - Г) миокардитом
15. Наиболее частая оппортунистическая инфекция при СПИДе:
- А) стафилококковая пневмония
 - Б) пневмококковая пневмония
 - В) фридлендеровская пневмония
 - Г) пневмоцистная пневмония
16. Формирование гранул из крупных макрофагов в пейеровых бляшках при брюшном тифе наблюдают в стадии:
- А) заживления
 - Б) мозговидного набухания
 - В) образования язв
 - Г) очищения язв
17. Наиболее характерное проявление иерсиниоза:
- А) гастроэнтероколит
 - Б) энцефаломиелит
 - В) миозит

- Г) пневмония
18. Преимущественная локализация сыпнотифозных гранулем:
- А) головной мозг
 - Б) сердце
 - В) печень
 - Г) почка
19. Для лепрозной гранулемы характерны:
- А) клетки Микулича
 - Б) клетки Вирхова
 - В) клетки Березовского–Штернберга
 - Г) клетки Клара
20. В туберкулезной грануле преобладают:
- А) нейтрофильные лейкоциты
 - Б) плазматические клетки
 - В) тучные клетки
 - Г) эпителиоидные клетки
21. Разновидностью гематогенного туберкулеза является:
- А) первичный туберкулезный комплекс
 - Б) казеозная пневмония
 - В) милиарный туберкулез
 - Г) инфильтративный туберкулез
22. Возбудитель малярии обнаруживается в:
- А) лейкоцитах
 - Б) эритроцитах
 - В) эндотелии
 - Г) макрофагах
23. Для определения ишемии миокарда используют реакцию:
- А) с нитросинимтетразолием
 - Б) с нитропруссидом натрия
 - В) с перманганатом калия

- Г) с глицерофосфатом кальция
24. У больного 62 лет, перенесшего 2 года назад массивный трансмуральный инфаркт миокарда, отмечены значительное расширение границ сердца, пульсация сердца в области верхушки, одышка, кашель с "ржавой" мокротой, увеличение размеров печени, отеки. При нарастании этих симптомов наступила смерть. Какое наиболее вероятное заболевание имеется у больного?
- А) атеросклеротический кардиосклероз
 - Б) острая аневризма сердца
 - В) хроническая аневризма сердца
 - Г) рецидивирующий инфаркт миокарда
25. Антиатерогенным свойством обладают:
- А) липопротеиды низкой плотности
 - Б) липопротеиды высокой плотности
 - В) липопротеиды промежуточной плотности
 - Г) β -липопротеиды
26. Наиболее частый механизм танатогенеза при внезапной сердечной смерти:
- А) разрыв сердца
 - Б) коллапс
 - В) асистолия миокарда желудочков
 - Г) фибрилляция миокарда желудочков
27. Наиболее характерный признак алкогольной кардиомиопатии:
- А) жировая дистрофия кардиомиоцитов
 - Б) волнообразная деформация мышечных волокон миокарда
 - В) кальцификация кардиомиоцитов
28. Для дилатационной кардиомиопатии характерны перечисленные макроскопические признаки кроме:
- А) дилатации полостей сердца
 - Б) заострения верхушки сердца

- В) сглаживания верхушки сердца
 - Г) шаровидной формы сердца
29. Бактериальный эндокардит является проявлением:
- А) ревматизма
 - Б) сепсиса
 - В) красной волчанки
 - Г) ревматоидного артрита
30. Бактериальный эндокардит развивается чаще на:
- А) митральном клапане
 - Б) аортальном клапане
 - В) трехстворчатом клапане
 - Г) клапане легочной артерии
31. Морфологическим проявлением септического эндокардита является:
- А) диффузный вальвулит
 - Б) острый бородавчатый эндокардит
 - В) возвратно-бородавчатый эндокардит
 - Г) полипозно-язвенный эндокардит
32. Затяжной септический эндокардит развивается чаще на фоне:
- А) системной красной волчанки
 - Б) ревматоидного артрита
 - В) ревматизма
 - Г) гломерулонефрита
33. При сыпном тифе в сердце развивается миокардит:
- А) Абрамова–Фидлера
 - Б) диффузный интерстициальный
 - В) узелковый (гранулематозный)
 - Г) альтеративный
34. Перечисленные элементы входят в состав тетрады Фалло кроме:
- А) коарктации аорты
 - Б) стеноза устья легочной артерии

- В) дефекта межжелудочковой перегородки
 - Г) дэкстрапозиции аорты
35. Микроскопическим признаком активности ревматического процесса является:
- А) периваскулярный склероз
 - Б) периваскулярное фибриноидное набухание
 - В) гиалиноз
 - Г) кальциноз
36. Характерный признак возвратно-бородавчатого эндокардита:
- А) склероз створок и их изъязвление
 - Б) перфорация створок
 - В) обызвествление и гиалиноз створок
 - Г) склероз створок с тромботическими наложениями
37. При ревматизме развивается эндокардит:
- А) острый язвенный
 - Б) острый бородавчатый
 - В) полипозно-язвенный
 - Г) кальцифицирующий
38. Образное название сердца при ревматическом перикардите:
- А) волосатое сердце
 - Б) тигровое сердце
 - В) бычье сердце
 - Г) легочное сердце
39. Периартериальный "луковичный" склероз в селезенке является характерным признаком:
- А) системной склеродермии
 - Б) системной красной волчанки
 - В) сахарного диабета
 - Г) первичного амилоидоза

40. В развитии легочно-сердечной недостаточности при хронических обструктивных болезнях легких ведущим фактором является:
- А) прекапиллярная гипертония малого круга
 - Б) посткапиллярная гипертония малого круга
 - В) увеличение сосудистой проницаемости
 - Г) снижение сосудистой проницаемости
41. При хронической пневмонии и эмфиземе легких в сердце развивается:
- А) атрофия миокарда
 - Б) ожирение
 - В) гипертрофия левого желудочка
 - Г) гипертрофия правого желудочка
42. Отличительный гистологический признак волчаночного гломерулонефрита:
- А) гиалиновые тромбы в гломерулярных капиллярах
 - Б) склероз мезангия
 - В) пролиферация подоцитов
 - Г) пролиферация эндотелиоцитов гломерулярных капилляров
43. Наиболее характерный признак первичной легочной гипертензии:
- А) разрушение структуры сурфактанта
 - Б) появление гиалиновых мембран в альвеолах
 - В) появление глобусных анастомозов
 - Г) формирование микроаневризм в сосудах легких
44. *Helicobacter pylori* выявляют в биоптатах слизистой оболочки желудка и в мазках-отпечатках с помощью окраски:
- А) по Гольднеру
 - Б) по Фельгену
 - В) по Шпильмайеру
 - Г) по Гимзе
45. Изъязвления слизистой оболочки желудка наблюдают при:
- А) синдроме Золлингера–Эллисона

- Б) синдроме Дъелафуа
 - В) синдроме Гудпасчера
 - Г) синдроме Мэллори–Вейса
46. Матово-стекловидные гепатоциты являются характерным морфологическим признаком:
- А) острой токсической дистрофии печени
 - Б) хронического алкогольного гепатита
 - В) хронического вирусного гепатита
 - Г) амилоидоза печени
47. Для острого алкогольного гепатита характерны:
- А) тельца Каунсильмена
 - Б) тельца Мэллори
 - В) тельца Леви
 - Г) тельца Барра
48. Наиболее частой причиной токсической дистрофии печени является:
- А) вирус гепатита А
 - Б) вирус гепатита В
 - В) цитомегаловирус
 - Г) вирус герпеса
49. Накопление железа в купферовских клетках печени наблюдается при:
- А) хроническом венозном застое крови
 - Б) избыточном поступлении железа с пищей
 - В) некрозе гепатоцитов
 - Г) серповидноклеточной анемии
50. Гепатит считается хроническим:
- А) после 1 месяца
 - Б) после 3 месяцев
 - В) после 6 месяцев
 - Г) после 1 года

51. Отличительный гистологический признак постнекротического цирроза печени:
- А) образование ложных долек
 - Б) образование прослоек соединительной ткани
 - В) сближение триад и центральных вен
 - Г) дистрофия гепатоцитов
52. Характерное для гипертонической болезни поражение почек:
- А) амилоидоз
 - Б) поликистоз
 - В) первично сморщенная почка
 - Г) вторично сморщенная почка
53. При IgA-нефропатии депозиты иммуноглобулинов обнаруживают в:
- А) базальной мембране гломерулярных капилляров
 - Б) боуменовой капсуле
 - В) мезангии
 - Г) базальной мембране канальцев
54. Наиболее частой причиной смерти при эклампсии является:
- А) печеночная недостаточность
 - Б) маточное кровотечение
 - В) острая сердечная недостаточность
 - Г) коллапс
55. При внематочной беременности плод чаще всего располагается:
- А) в брюшной полости
 - Б) в шейке матки
 - В) в яичниках
 - Г) в маточных трубах
56. Характерный признак гравидарного эндометрия:
- А) появление секрета в просвете желез
 - Б) извитой вид желез
 - В) децидуальная трансформация клеток стромы

- Г) кровоизлияния в строме эндометрия
57. Тубуло-интерстициальный нефрит, связанный с папиллярными некрозами, наблюдается при:
- А) паратиреоидной остеодистрофии
 - Б) туберкулезе
 - В) ревматизме
 - Г) сахарном диабете
58. Эклампсия при беременности обычно развивается:
- А) в первом триместре
 - Б) во втором триместре
 - В) в третьем триместре
 - Г) в любом триместре
59. Субнуклеарные вакуоли появляются в эпителии эндометрия:
- А) в раннюю стадию фазы пролиферации
 - Б) в раннюю стадию фазы секреции
 - В) в фазу регенерации
 - Г) в менструальную фазу
60. Признак маточной беременности в соскобе эндометрия:
- А) элементы трофобласта
 - Б) цитогенная строма эндометрия
 - В) отек и кровоизлияния в строме эндометрия
 - Г) повышенная секреторная активность желез эндометрия
61. Источником развитиях ориокарциномы является:
- А) эпителий тела матки
 - Б) эпителий влагалища
 - В) трофобластический эпителий
 - Г) эпителий маточных труб
62. Наиболее характерный гистологический признак полипа эндометрия:
- А) увеличение количества желез
 - Б) наличие фиброзно-сосудистой ножки

- В) формирование сосочковых структур
Г) цитогенная строма
63. "Зернистые шары" образуются из:
- А) нейронов
Б) астроглии
В) микроглии
Г) олигодендроглии
64. При сахарном диабете в поджелудочной железе наиболее часто наблюдают:
- А) атрофию и склероз
Б) гипертрофию и гиперплазию
В) амилоидоз
Г) гнойное воспаление
65. Наиболее характерное проявление диабетической нефропатии:
- А) пролиферация эндотелиоцитов гломерулярных капилляров
Б) гиалиноз мезангия
В) фибриноидный некроз клубочков почек
Г) микротромбоз гломерулярных капилляров
66. Характерный признак инсулинзависимого сахарного диабета:
- А) резистентность организма к эндогенному инсулину
Б) развитие у лиц пожилого возраста
В) развитие у лиц молодого возраста
Г) связь с атеросклерозом сосудов
67. Характерный гистологический признак базедовой струмы:
- А) уплотнение коллоида фолликулов
Б) разжижение коллоида фолликулов и его вакуолизация вблизи фолликулярного эпителия
В) уплощение фолликулярного эпителия
Г) склероз стромы органа
68. Аденоматозный зуб отличается от аденомы щитовидной железы:

- А) отсутствием капсулы
 - Б) наличием капсулы
 - В) наличием амилоидных масс в строме
 - Г) наличием ксантомных телец
69. Аденома околощитовидных желез сопровождается:
- А) гипокальциемией
 - Б) гиперкальциемией
 - В) гипокалиемией
 - Г) гиперкалиемией
70. Вторичный гиперпаратиреоз вызывается:
- А) заболеваниями почек
 - Б) заболеваниями печени
 - В) аденомой паращитовидных желез
 - Г) гиперплазией паращитовидных желез
71. К аутоиммунным тиреоидитам относят:
- А) зоб Хасимото
 - Б) струму Риделя
 - В) тиреоидит де Кервена
 - Г) всё перечисленное
72. Причина синдрома Золлингера–Эллисона:
- А) оксифильная аденома передней доли гипофиза
 - Б) хромофобная аденома передней доли гипофиза
 - В) аденома островков поджелудочной железы
 - Г) аденома коры надпочечников
73. Причина эндогенной недостаточности витамина В₁₂ при пернициозной анемии:
- А) нарушение секреции сиалопротеинов
 - Б) нарушение секреции гастромукопротеина
 - В) нарушение секреции соляной кислоты
 - Г) нарушение секреции мукополисахаридов

74. При рахите наибольшие изменения костей локализованы в зоне:
- А) диафиза
 - Б) эпифиза
 - В) метафиза
 - Г) во всех зонах
75. Наиболее частая локализация рака толстой кишки:
- А) слепая кишка
 - Б) печеночный угол
 - В) селезеночный угол
 - Г) ректосигмоидный отдел
76. Гастронома развивается обычно:
- А) в пилорическом отделе желудка
 - Б) в фундальном отделе желудка
 - В) в печени
 - Г) в поджелудочной железе
77. Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще всего:
- А) аденокарцинома
 - Б) плоскоклеточный рак
 - В) недифференцированный рак
 - Г) лейомиосаркома
78. К предраковым заболеваниям желудка относят перечисленное кроме:
- А) язвы желудка
 - Б) аденомы
 - В) атрофического гастрита
 - Г) гиперпластического полипа
79. Опухоль Крукенберга это:
- А) двусторонний первичный рак яичников
 - Б) метастаз рака желудка в яичник
 - В) тератобластома яичников
 - Г) эндометриоз яичников

80. Малигнизация аденоматозных полипов толстой кишки чаще обнаруживается:
- А) в базальных отделах полипа
 - Б) в поверхностных отделах полипа
 - В) в средних отделах полипа
 - Г) одновременно во всех отделах
81. Для уточнения диагноза карциноида используют окраску:
- А) по Ван-Гизону
 - Б) по Перлсу
 - В) по Вейгерту
 - Г) по Гримелиусу
82. Наиболее часто среди злокачественных опухолей щитовидной железы встречается:
- А) фолликулярный рак
 - Б) папиллярный рак
 - В) анапластический рак
 - Г) медуллярный рак
83. Биохимический маркер хорионэпителиомы:
- А) α -фетопротеин
 - Б) ферритин
 - В) хорионический гонадотропин
 - Г) соматостатин
84. Амилоидообразование в строме опухоли характерно для:
- А) перстневидно-клеточного рака желудка
 - Б) медуллярного рака щитовидной железы
 - В) мелкоклеточного рака легкого
 - Г) медуллобластомы
85. Медуллобластома локализуется чаще всего:
- А) в больших полушариях головного мозга
 - Б) в желудочках мозга

- В) в стволе мозга
 - Г) в мозжечке
86. Кровоизлияния и некрозы наиболее характерны для:
- А) мультиформной глиобластомы
 - Б) менингиомы
 - В) протоплазматической астроцитомы
 - Г) медуллобластомы
87. Основным компонентом гемангиомы являются:
- А) артериолы
 - Б) артериовенозные анастомозы
 - В) миоидные клетки
 - Г) сосудистые почки
88. Для менингиомы характерны:
- А) ложные розетки
 - Б) истинные розетки
 - В) псаммомные тельца
 - Г) тельца Верокаи
89. Нейрилеммома происходит из:
- А) эндоневрия
 - Б) шванновской оболочки
 - В) длинных отростков нейрона
 - Г) элементов мозговой оболочки
90. Синоним зернистоклеточной опухоли:
- А) опухоль Барре–Массона
 - Б) эпителиоидноклеточная лейомиома
 - В) опухоль Абрикосова
 - Г) гломусная опухоль
91. Синоним гигантоклеточной опухоли кости:
- А) остеонид-остеома
 - Б) остеобластокластома

- В) остеофиброма
Г) остеосаркома
92. Истощение лимфоидной ткани в лимфатических узлах без признаков воспаления может быть при:
- А) брюшном тифе
Б) инфекционном мононуклеозе
В) бруцеллезе
Г) лимфогранулематозе
93. Родоначальной для клеток крови является:
- А) ретикулярная клетка
Б) стволовая клетка
В) миелобласт
Г) гистиоцит
94. Опухоль Бреннера это:
- А) метастаз рака желудка в яичник
Б) органотипическая эпителиальная опухоль яичника
В) смешанная мезодермальная опухоль тела матки
Г) аденома из В-клеток островков поджелудочной железы
95. Зона, наиболее подверженная для развития дисплазии и рака шейки матки:
- А) влагалищная часть шейки матки
Б) цервикальный канал
В) место стыка цервикального и плоского эпителия
Г) многослойный плоский эпителий
96. Болезнь Реклингхаузена это:
- А) невринома
Б) солитарная нейрофиброма
В) шваннома
Г) множественная нейрофиброма
97. Характерный иммуногистохимическим маркер опухолей из эпителия:

- А) десмин
- Б) цитокератин
- В) виментин
- Г) хромогранин

98. Наиболее частый вид перелома костей при родовой травме плода:

- А) костей таза
- Б) плечевой кости
- В) ключицы
- Г) костей голени

99. Из доброкачественных опухолей плаценты чаще всего встречается:

- А) гемангиома
- Б) тератома
- В) пузырьный занос
- Г) аденома

100. Микроскопический признак недоношенности:

- А) очаги глиоза в веществе головного мозга
- Б) кисты в коре почек
- В) очаги экстрамедуллярного кроветворения в печени
- Г) микротромбы в сосудах легких

КАРТА ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ
К ЭКЗАМЕНУ ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

О Т В Е Т Ы:

" ___ " _____ 200__ г.

Ф.И.О. _____ НЕПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ
ЗАЧЕРКНУТЬ

№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить
1	А Б В Г	26	А Б В Г	51	А Б В Г	76	А Б В Г
2	А Б В Г	27	А Б В Г	52	А Б В Г	77	А Б В Г
3	А Б В Г	28	А Б В Г	53	А Б В Г	78	А Б В Г
4	А Б В Г	29	А Б В Г	54	А Б В Г	79	А Б В Г
5	А Б В Г	30	А Б В Г	55	А Б В Г	80	А Б В Г
6	А Б В Г	31	А Б В Г	56	А Б В Г	81	А Б В Г
7	А Б В Г	32	А Б В Г	57	А Б В Г	82	А Б В Г

8	А Б В Г	33	А Б В Г	58	А Б В Г	83	А Б В Г
9	А Б В Г	34	А Б В Г	59	А Б В Г	84	А Б В Г
10	А Б В Г	35	А Б В Г	60	А Б В Г	85	А Б В Г
11	А Б В Г	36	А Б В Г	61	А Б В Г	86	А Б В Г
12	А Б В Г	37	А Б В Г	62	А Б В Г	87	А Б В Г
13	А Б В Г	38	А Б В Г	63	А Б В Г	88	А Б В Г
14	А Б В Г	39	А Б В Г	64	А Б В Г	89	А Б В Г
15	А Б В Г	40	А Б В Г	65	А Б В Г	90	А Б В Г
16	А Б В Г	41	А Б В Г	66	А Б В Г	91	А Б В Г
17	А Б В Г	42	А Б В Г	67	А Б В Г	92	А Б В Г
18	А Б В Г	43	А Б В Г	68	А Б В Г	93	А Б В Г
19	А Б В Г	44	А Б В Г	69	А Б В Г	94	А Б В Г
20	А Б В Г	45	А Б В Г	70	А Б В Г	95	А Б В Г
21	А Б В Г	46	А Б В Г	71	А Б В Г	96	А Б В Г
22	А Б В Г	47	А Б В	72	А Б В	97	А Б В Г

			Г		Г		
23	А Б В Г	48	А Б В Г	73	А Б В Г	98	А Б В Г
24	А Б В Г	49	А Б В Г	74	А Б В Г	99	А Б В Г
25	А Б В Г	50	А Б В Г	75	А Б В Г	100	А Б В Г

Процент правильных ответов _____ Оценка _____

(отлично 90 – 100%, хорошо 80 – 89%, удовл. 70 – 79%, неуд. < 70%)

Подписи экзаменаторов _____

П Р А В И Л Ь Н Ы Е О Т В Е Т Ы
К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ

№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль -ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить
1	Г	26	Г	51	В	76	Г
2	Г	27	А	52	В	77	Б
3	В	28	Б	53	В	78	Г
4	В	29	Б	54	А	79	Б
5	Б	30	Б	55	Г	80	Б
6	Г	31	Г	56	В	81	Г
7	А	32	В	57	Г	82	Б
8	В	33	Б	58	В	83	В
9	Б	34	А	59	Б	84	Б
10	Б	35	Б	60	А	85	Г
11	Б	36	Г	61	В	86	А
12	Б	37	Б	62	Б	87	Г
13	Г	38	А	63	В	88	В
14	В	39	Б	64	А	89	Б
15	Г	40	А	65	Б	90	В
16	Б	41	Г	66	В	91	Г
17	А	42	А	67	Б	92	Б
18	А	43	В	68	А	93	Б
19	Б	44	Г	69	Б	94	Б
20	Г	45	А	70	А	95	В
21	В	46	В	71	А	96	Г

22	Б	47	Б	72	В	97	Б
23	А	48	Б	73	Б	98	В
24	В	49	Г	74	В	99	А
25	Б	50	В	75	Г	100	В

3. Ситуационные задачи для проведения промежуточной аттестации ординаторов 1 года обучения:

1. Больной поступил в клинику с приступом стенокардии. Через 3 дня наступила внезапная смерть. На вскрытии обнаружен атеросклероз аорты, сосудов, сердца и мозга. В передней стенке левого желудочка - рубцовое поле. В правом полушарии головного мозга в области подкорковых ядер обнаружен обширный очаг деструкции ткани серого цвета.

1) Какая клинико-морфологическая форма некроза развилась в головном мозге?

2) Возможные ее причины.

3) Исходом какого процесса является рубец в миокарде?

2. У больного 65 лет, страдавшего атеросклерозом, появились боли в правой ноге, ткани I пальца стопы стали отечными, черного цвета, эпидермис отслоился, появилось отделяемое с неприятным запахом.

1) Какая клинико-морфологическая форма некроза развилась у больного?

2) Какая разновидность этой формы?

3) Какова причина этого некроза?

4) Как объяснить черный цвет некротизированных тканей?

3. Больной страдал гипертонической болезнью и умер от инфаркта миокарда.

При микроскопическом исследовании во многих органах обнаружены изменения артериол: стенки их утолщены, просвет сужен, интима представлена гомогенными массами розового цвета. На вскрытии также отмечено уменьшение размеров почек, поверхность их мелкозернистая.

1) Какая дистрофия развилась в стенках сосудов?

2) В исходе какого процесса она развилась?

- 3) С чем связаны уменьшение размеров и гранулярность поверхности почек?
- 4) Как называется процесс, развившийся в почках?
4. Больная (кондитер) обратилась к врачу по поводу избыточного веса и одышки при ходьбе, отеков на ногах. После курса лечения (диета, физические упражнения) вес снизился, одышка исчезла.
- 1) Каков механизм развития тучности у больной?
- 2) Как при этом было изменено сердце?
- 3) С чем были связаны признаки сердечной недостаточности (одышка)?
5. У больного, страдавшего опухолью околощитовидных желез, отмечалась выраженная гиперкальциемия, деструктивные изменения в костях. Смерть наступила от пневмонии. При гистологическом исследовании обнаружены множественные очаги обызвествления в миокарде и почках.
- 1) Какой вид обызвествления имеет место в данном случае?
- 2) Какие органеллы мышечных клеток сердце и нефроцитов является матрицей обызвествления?
- 3) В каких еще органах можно ожидать отложение извести?
6. У больного страдавшего раком пищевода - смерть наступила от кахексии. На вскрытии: сердце уменьшено в размерах, миокард имеет бурый цвет.
- 1) Как называется изменения, обнаруженные в сердце?
- 2) В каких еще органах и тканях можно обнаружить такие изменения?
- 3) Какой пигмент обусловил окраску органов в бурый цвет?
- 4) К какой группе относится этот пигмент?
7. У больного после перенесения инфаркта миокарда развилась хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, которая явилась причиной смерти.
- 1) Макроскопический вид печени на вскрытии.
- 2) Какие изменения при микроисследовании находят в центре и на периферии долек?
- 3) Какой процесс может развиваться в исходе хронического венозного застоя печени?

8. Больной, страдавший язвенной болезнью желудка, умер от желудочного кровотечения. На вскрытии - выраженное малокровие органов и тканей.

- 1) Какой вид малокровия органов имеет место?
- 2) Какова макроскопическая характеристика органов (цвет, консистенция, объем)?

9. При патологоанатомическом вскрытии обнаружены следующие изменения: в интима аорты множественные желтовато-белесоватые бляшки, местами изъязвленные, в брюшном отделе аорты фиксированные к интима массы с неровной тусклой поверхностью, серо-красного цвета, крошащиеся, суживающие просвет аорты. В просвете легочной артерии видны массы красноватого цвета, по форме повторяющие легочную артерию, с блестящей гладкой поверхностью, эластичной консистенции.

- 1) В каком сосуде обнаружен тромб, а каком - посмертный сверток?
- 2) Какие изменения сосуда способствовали тромбообразованию?

10. У больного, перенесшего инфаркт миокарда, в исходе которого образовалась хроническая аневризма сердца с тромбозом ее полости, внезапно появились боли в правой поясничной области, обнаружена кровь в моче.

- 1) Какой патологический процесс развился в правой почке?
- 2) Его макроскопическая характеристика (название).
- 3) Какова причина этого процесса у данного больного?

11. Больной обратился в поликлинику по поводу сильных болей во II пальце кисти. Врач обнаружил покраснения и отек пальца, на концевой фаланге - очаг округлой формы зеленоватого цвета. При вскрытии очага выделилось содержимое сливкообразной консистенции, образовалась полость.

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

12. Больной жалуется на тошноту, боли в эпигастрии после еды. При гастроскопии слизистая оболочка желудка гиперемирована, отечна, покрыто большим количеством вязкой сероватой жидкости.

1) Какой вид экссудативного воспаления развился в желудке?

2) Какая разновидность этого воспаления имеет место?

13. Спустя две недели после гастроэктомии, произведенной по поводу рака желудка, развился гнойный перитонит в связи с недостаточностью швов эзофагоэнтероанастомоза. Произведена релопаратомия и ушивания анастомозов. При микроскопическом исследовании ткани из области анастомозов вокруг шовного материала обнаружены скопление лейкоцитов, макрофагов, а также крупных многоядерных клеток, фибробластов в инфильтрате мало.

1) Какой вид продуктивного воспаления развился в области анастомозов?

2) Как называются многоядерные клетки?

3) Варианты положительного исхода воспаления в данном случае.

14. В период обострения туберкулеза легких больной умер. При патологоанатомическом вскрытии обнаружены изменения в верхней доле правого легкого, она плотная, серо-желтая, на плевре пленчатые наложения.

1) Как называются обнаруженные изменения в легких?

2) О каком типе тканевой реакции следует думать в данном случае?

3) Какой патологический процесс лежит в основе обнаруженных изменений?

15. Больному была произведена резекция 1/3 печени по поводу травмы. Через 10 лет он погиб от инфаркта миокарда.

1) Какие изменения можно обнаружить в участках резекции печени и в оставшейся ее части?

2) Какой из компенсаторно-приспособительных процессов имеет место в данном случае?

3) Какой вид этого процесса?

16. Больному удалена доля легкого по поводу хронического бронхита, осложнившегося развитием бронхоэктазов. При гистологическом

исследовании удаленного легкого в стенке бронхов найдено хроническое воспаление, слизистая оболочка бронхов покрыта многослойным плоским эпителием.

- 1) Как называется процесс, характеризующий изменения эпителия бронхов?
- 2) Что способствовало развитию этого процесса? 3) К чему он может привести?

17. У мальчика 4 мес. В течении всей жизни наблюдается частые, плохо поддающиеся лечению пневмонии. При обследовании обнаружена агаммаглобулинемия, уменьшение числа лимфоцитов в крови, тимус и лимфатические узлы при клиническом исследовании не определяются.

- 1) Как называется синдром, выявленный у ребенка?
- 2) К какой группе заболеваний его относят?
- 3) Тип наследования.
- 4) Наиболее частые причины смерти.

18. Больная жалуется на увеличение размеров щитовидной железы, затруднения дыхания и глотания, вялость, сонливость. При обследовании выявлено: увеличение щитовидной железы - зоб, брадикардия, гиперкератоз, снижения основного обмена. Произведено удаление щитовидной железы. При гистологическом ее исследовании обнаружено замещение ткани железы лимфоидными элементами.

- 1) Как называют обнаруженный зоб?
- 2) К какой группе заболеваний его относят?
- 3) Какая реакция гиперчувствительности отражают обнаруженные при гистологическом исследовании изменения?
- 4) Каков патогенез заболевания?

19. Больной обратился к врачу по поводу опухолевидного образования на передней поверхности грудной стенки, которая пальпируется под кожей в виде подвижного узла. Опухоль удалена. Макроскопически она имеет четкие границы, вылущивается из капсулы, на разрезе волокнистого строения, эластической консистенции, серо-розового цвета.

- 1) Доброкачественная или злокачественная опухоль?
- 2) Из каких тканей могла расти опухоль?
- 3) Какую краску можно применить для уточнения ее гистогенеза?

20. Больной 54 лет, поступил в стационар с жалобами на периодическую лихорадку, слабость, похудение, кашель с гнойной мокротой, временами с прожилками крови. При рентгенологическом исследовании легких обнаружено гомогенное затемнение в прикорневой зоне нижней доли правого легкого. При бронхоскопии: слизистая оболочка нижнедолевого правого бронха бугристая, отечная, легко кровоточит, просвет бронха сужен. Кусочек слизистой оболочки взят для гистологического исследования в целях подтверждения клинического диагноза: рак правого легкого.

Ответ врача - патологоанатома: В препаратах мелкие фрагменты соединительной ткани без эпителиальной выстилки, в которой видны скопления лимфогистоцитарных элементов и нейтрофильных лейкоцитов.

Заключение: Воспалительные изменения ткани стенки бронха.

1. Какой материал прислан для биопсийного исследования:

- а) операционный б) пункционная биопсия в) инцизионная биопсия г) аспирационная биопсия д) прицельная биопсия

2. Как можно оценить ответ врача-патологоанатома:

- а) "ложноотрицательный ответ" б) установлено сопутствующее заболевание в) установлено основное заболевание г) установлен диагноз заболевания

3. Причина неадекватности ответа врача-патологоанатома:

- а) недостаточная квалификация патологоанатома б) недоучет патологоанатома клинических данных в) недостаточность количество материалов для гистологического исследования г) неправильная фиксация материалов д) поздняя доставка материала

4. Что даст возможность установить окончательный диагноз:

- а) биохимическое исследование крови б) бактериологическое исследование мокроты в) консультация фтизиатра г) консультация хирурга д) повторная биопсия

5. Какое еще морфологическое исследование можно провести для подтверждения клинического диагноза?

а) цитологическое исследование мокроты б) бактериологическое исследование мокроты в) биохимический анализ крови г) цитохимический анализ форменных элементов крови д) ультразвуковое исследование легких

21. У больного, страдавшего атеросклерозом и умершего от инфаркта миокарда, при патологоанатомическом вскрытии найдены стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца, ветвей правой почечной артерии и бедренных артерий, причем в левой бедренной артерии обнаружен свежий облитерирующий тромб.

1) Какие изменения могли быть обнаружены в правой почке (дайте название процесса)?

2) Какие изменения могли возникнуть в левой нижней конечности (дайте название процесса)?

3) Какие морфогенетические стадии атеросклероза сопровождается стенозированием просвета артерий (перечислите)?

22. У больного, страдавшего в течении 15 лет гипертонической болезнью, в последнее время появились жалобы на слабость, быструю утомляемость, полиурию. При обследовании выявлены: белок в моче, значительное повышение содержание креатина в крови. Больной умер при нарастающих явлениях аутоинтоксикации от хронической почечной недостаточности.

1) Какая клинико-морфологическая форма гипертонической болезни имеет место?

2) Как называется патологический процесс, развившийся в почках?

3) Как макроскопически выглядели почки на секции?

4) Как называется состояние аутоинтоксикации при нарастающей почечной недостаточности?

23. Через 2 часа после начала загрудинных болей, больной умер, электрокардиографически диагностирован инфаркт миокарда.

1) О какой стадии инфаркта миокарда идет речь?

- 2) С помощью реактивов возможна макроскопическая диагностика инфаркта в этой стадии?
- 3) Какие гистохимические признаки характерны для этой стадии инфаркта?
- 4) Какие ультраструктурные изменения миокардиоцитов типичны для этой стадии?
- 5) Возможные причины смерти больного в этой стадии инфаркта миокарда?

**1. Вопросы для проведения промежуточной аттестации ординаторов
2-го года обучения:**

1. Поликистоз почек.
2. Острая почечная недостаточность. Шок.
3. Нефросклероз. Хроническая почечная недостаточность
4. Опухоли почек и почечных лоханок.
5. Дисгормональные болезни женских половых органов и молочной железы
6. Воспалительные болезни женских половых органов и молочной железы
7. Опухоли женских половых органов и молочной железы
8. Болезни предстательной железы и мужских половых органов.
9. Предопухолевые изменения и опухоли предстательной железы и мужских половых органов
10. Болезни и опухоли гипофиза.
11. Болезни и опухоли надпочечников.
12. Болезни и опухоли щитовидной и околощитовидной желез.
13. Болезни поджелудочной железы.
14. Болезни желез эндокринной системы: зоб, Базедова болезнь.

- 15.Сахарный диабет.
- 16.Рахит. Цинга. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, осложнения
- 17.Болезни костной системы
- 18.Болезни суставов: остеоартроз.
19. Подагра.
- 20.Болезни скелетных мышц: миопатии, мышечные дистрофии, миастения.
- 21.Инфекционные и паразитарные заболевания кожи (бордавки, кондиломы, контагиозный моллюск, импетиго, микозы кожи) : этиология, патогенез,морфологическая характеристика.
- 22.Энцефалиты.
- 23.Болезнь Альцгеймера.
- 24.Болезнь Паркинсона.
- 25.Нейродегенеративные заболевания центральной нервной системой.
- 26.Поражения нервной системы при метаболических заболеваний.
- 27.Нарушение кровообращения.
- 28.Эпилепсия.
- 29.Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы: рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз.
- 30.Сепсис.
- 31.Респираторные вирусные инфекции.
- 32.Риккетсиозы. Сыпной тиф.
- 33.Кишечные инфекции: сальмонеллезы, брюшной тиф, дизентерия.

34. Детские инфекции: корь, скарлатина, полиомиелит.
35. Особенности морфологии инфекционного процесса у детей.
36. Дифтерия.
37. Менингококковая инфекция.
38. Туберкулез.
39. Сифилис.
40. ВИЧ-инфекция. СПИД.
41. Особо опасные и карантинные инфекции.
42. Микозы: кандидоз, актиномикоз, аспергиллез, бластомикозы, гистоплазмоз.
43. Инфекции, вызываемые анаэробными возбудителями. Клостридиозы: классификация, общая характеристика. Клостридиозный целлюлит, газовая гангрена: клинико-морфологическая характеристика.
44. Протозойные инфекции: малярия, амебиаз, балантидиаз, токсоплазмоз, пневмоцистоз.
45. Глистные инвазии: эхинококкоз, цистицеркоз, трихинеллез, шистосомоз.
46. Раны и раневой процесс
47. Травматическая болезнь
48. Лучевая болезнь.
49. Ожоговая болезнь.
50. Патология реанимации и интенсивной терапии.
51. Ятрогенные заболевания.
52. Алкогольная болезнь.

53. Наркомания как медико-социальная проблема. Виды психотропных средств, вызывающих наркоманическую зависимость. Клинико-морфологические проявления острой и хронической интоксикации психотропными веществами, осложнения и исходы.
54. Морфология патологии беременности.
55. Болезни беременности и послеродового периода (гестоз, внематочная беременность, самопроизвольный аборт, пузырный занос, родовая инфекция матки): причины, патогенез, морфологическая характеристика. Материнская смерть.
56. Морфология трофобластической болезни.
57. Пренатальная патология, болезни прогенеза и киматогенеза (гамеопатии, бластопатии, инфекционные и неинфекционные фетопатии).
58. Патология пуповины.
59. Патология плаценты;
60. Перинатальная патология (недоношенность и переношенность, асфиксия плода и новорожденного, пневмопатии и пневмонии, родовая травма);
61. Внутриутробные инфекции. Пути инфицирования плода. Этиология, морфологические проявления, прогноз.
62. Гемолитическая болезнь новорожденных: классификация, этиология, патогенез, морфологическая характеристика. Неиммунная водянка плода, причины.
63. Врожденные пороки развития: классификация, этиология, патогенез. Механизмы тератогенеза

64. Патологическая анатомия дизонтогенетических опухолей и опухолей из камбиальных и эмбриональных тканей у детей.

65. Лекарственный патоморфоз и морфология осложнений реанимации и интенсивной терапии

2. Тестовые вопросы по патологической анатомии (2 год обучения)

1. Патоморфоз это:

- А) морфологические проявления патологических процессов
- Б) механизмы развития патологических процессов
- В) изменение клинико-морфологической картины болезней
- Г) динамика морфологических изменений болезни

2. Наиболее характерные морфологические признаки апоптоза:

- А) кариопикноз и коагуляционный некроз цитоплазмы
- Б) конденсация хроматина с секвестрацией фрагментов цитоплазмы
- В) центральный хроматолиз, кариолизис и цитолизис
- Г) кариорексис и плазморексис

3. Бурая атрофия органа сопровождается накоплением:

- А) гемосидерина
- Б) гемофусцина
- В) сернистого железа
- Г) липофусцина

4. Какой из факторов свертывания крови продуцируют эндотелиальные клетки?:

- А) тромбин
- Б) фибриноген
- В) фактор VIII
- Г) фактор X

5. Окраской по Коссу выявляют отложения:

- А) нейтральных липидов

- Б) муцина
 - В) калия
 - Г) кальция
6. Для выявления амилоида используется окраска:
- А) суданом черным
 - Б) суданом III
 - В) ализариновым синим
 - Г) красным конго
7. Соединительную ткань выявляют окраской:
- А) пикрофуксином
 - Б) пикриновой кислотой
 - В) кислым фуксином
 - Г) основным фуксином
8. Для выявления РНК используется:
- А) реакция Перлса
 - Б) реакция Косса
 - В) реакция Браше
 - Г) реакция с толуидиновым синим
9. Тучные клетки выявляют окраской:
- А) толуидиновым синим
 - Б) метиленовым синим
 - В) красным Конго
 - Г) метиловым зеленым
10. Амилоидозом может осложниться:
- А) гипертоническая болезнь
 - Б) цирроз печени
 - В) хронический гломерулонефрит
 - Г) хронический абсцесс легкого
11. Причиной внезапной смерти при тромбоэмболии является:
- А) недостаточность коллатерального кровотока

- Б) застой крови в большом круге кровообращения
 - В) пульмокоронарный рефлекс
 - Г) снижение минутного выброса левого желудочка
12. При декомпенсации "правого сердца" развивается:
- А) мускатная печень
 - Б) саговая селезенка
 - В) бурая индурация легких
 - Г) тромбоэмболия легочной артерии
13. К морфологическим проявлениям сосудистого спазма относятся нижеперечисленные изменения кроме:
- А) гофрированного вида и фрагментации эластических мембран
 - Б) диапедеза
 - В) плазморрагии
14. Зоной расселения Т-лимфоцитов в лимфатическом узле является:
- А) корковая зона
 - Б) паракортикальная зона
 - В) мозговая зона
 - Г) синусы
15. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) избирательно поражает:
- А) В-лимфоциты
 - Б) Т-хелперы
 - В) Т-супрессоры
 - Г) Т-киллеры
16. Источником тромбоэмболии легочной артерии могут быть:
- А) портальная вена
 - Б) глубокие вены голеней
 - В) подключичная вена
 - Г) бедренная артерия
17. При дифтерии в сердце развивается:
- А) гнойный миокардит

- Б) токсический миокардит
 - В) гранулематозный миокардит
 - Г) фибринозный перикардит
18. Дифференциально-диагностический признак, отличающий затяжной септический эндокардит от ревматического эндокардита:
- А) бородавчатые наложения на клапанах
 - Б) сращения между створками клапанов
 - В) обызвествление ткани клапана
 - Г) изъязвления и фенестрация клапанов
19. Врожденная цитомегаловирусная инфекция характеризуется:
- А) поражением почек с почечной недостаточностью
 - Б) поражением легких с дистресс-синдромом
 - В) поражением печени с желтухой
 - Г) миокардитом
20. Наиболее частая оппортунистическая инфекция при СПИДе:
- А) стафилококковая пневмония
 - Б) пневмококковая пневмония
 - В) фридлендеровская пневмония
 - Г) пневмоцистная пневмония
21. Формирование гранул из крупных макрофагов в пейеровых бляшках при брюшном тифе наблюдают в стадии:
- А) заживления
 - Б) мозговидного набухания
 - В) образования язв
 - Г) очищения язв
22. Наиболее характерное проявление иерсиниоза:
- А) гастроэнтероколит
 - Б) энцефаломиелит
 - В) миозит
 - Г) пневмония

23. Преимущественная локализация сыпнотифозных гранулем:
- А) головной мозг
 - Б) сердце
 - В) печень
 - Г) почка
24. Для лепрозной гранулемы характерны:
- А) клетки Микулича
 - Б) клетки Вирхова
 - В) клетки Березовского–Штернберга
 - Г) клетки Клара
25. В туберкулезной грануле преобладают:
- А) нейтрофильные лейкоциты
 - Б) плазматические клетки
 - В) тучные клетки
 - Г) эпителиоидные клетки
26. Разновидностью гематогенного туберкулеза является:
- А) первичный туберкулезный комплекс
 - Б) казеозная пневмония
 - В) милиарный туберкулез
 - Г) инфильтративный туберкулез
27. Возбудитель малярии обнаруживается в:
- А) лейкоцитах
 - Б) эритроцитах
 - В) эндотелии
 - Г) макрофагах
28. Для определения ишемии миокарда используют реакцию:
- А) с нитросинимтетразолием
 - Б) с нитропруссидом натрия
 - В) с перманганатом калия
 - Г) с глицерофосфатом кальция

29. У больного 62 лет, перенесшего 2 года назад массивный трансмуральный инфаркт миокарда, отмечены значительное расширение границ сердца, пульсация сердца в области верхушки, одышка, кашель с "ржавой" мокротой, увеличение размеров печени, отеки. При нарастании этих симптомов наступила смерть. Какое наиболее вероятное заболевание имеется у больного?
- А) атеросклеротический кардиосклероз
 - Б) острая аневризма сердца
 - В) хроническая аневризма сердца
 - Г) рецидивирующий инфаркт миокарда
30. Антиатерогенным свойством обладают:
- А) липопротеиды низкой плотности
 - Б) липопротеиды высокой плотности
 - В) липопротеиды промежуточной плотности
 - Г) β -липопротеиды
31. Наиболее частый механизм танатогенеза при внезапной сердечной смерти:
- А) разрыв сердца
 - Б) коллапс
 - В) асистолия миокарда желудочков
 - Г) фибрилляция миокарда желудочков
32. Наиболее характерный признак алкогольной кардиомиопатии:
- А) жировая дистрофия кардиомиоцитов
 - Б) волнообразная деформация мышечных волокон миокарда
 - В) кальцификация кардиомиоцитов
33. Для дилатационной кардиомиопатии характерны перечисленные макроскопические признаки кроме:
- А) дилатации полостей сердца
 - Б) заострения верхушки сердца
 - В) сглаживания верхушки сердца

- Г) шаровидной формы сердца
34. Бактериальный эндокардит является проявлением:
- А) ревматизма
 - Б) сепсиса
 - В) красной волчанки
 - Г) ревматоидного артрита
35. Бактериальный эндокардит развивается чаще на:
- А) митральном клапане
 - Б) аортальном клапане
 - В) трехстворчатом клапане
 - Г) клапане легочной артерии
36. Морфологическим проявлением септического эндокардита является:
- А) диффузный вальвулит
 - Б) острый бородавчатый эндокардит
 - В) возвратно-бородавчатый эндокардит
 - Г) полипозно-язвенный эндокардит
37. Затяжной септический эндокардит развивается чаще на фоне:
- А) системной красной волчанки
 - Б) ревматоидного артрита
 - В) ревматизма
 - Г) гломерулонефрита
38. Гепатит считается хроническим:
- А) после 1 месяца
 - Б) после 3 месяцев
 - В) после 6 месяцев
 - Г) после 1 года
39. Отличительный гистологический признак постнекротического цирроза печени:
- А) образование ложных долек
 - Б) образование прослоек соединительной ткани

- В) сближение триад и центральных вен
 - Г) дистрофия гепатоцитов
40. Характерное для гипертонической болезни поражение почек:
- А) амилоидоз
 - Б) поликистоз
 - В) первично сморщенная почка
 - Г) вторично сморщенная почка
41. При IgA-нефропатии депозиты иммуноглобулинов обнаруживают в:
- А) базальной мембране гломерулярных капилляров
 - Б) боуменовой капсуле
 - В) мезангии
 - Г) базальной мембране канальцев
42. Наиболее частой причиной смерти при эклампсии является:
- А) печеночная недостаточность
 - Б) маточное кровотечение
 - В) острая сердечная недостаточность
 - Г) коллапс
43. При внематочной беременности плод чаще всего располагается:
- А) в брюшной полости
 - Б) в шейке матки
 - В) в яичниках
 - Г) в маточных трубах
44. Характерный признак гравидарного эндометрия:
- А) появление секрета в просвете желез
 - Б) извитой вид желез
 - В) децидуальная трансформация клеток стромы
 - Г) кровоизлияния в строме эндометрия
45. Тубуло-интерстициальный нефрит, связанный с папиллярными некрозами, наблюдается при:
- А) паратиреоидной остеодистрофии

- Б) туберкулезе
 - В) ревматизме
 - Г) сахарном диабете
46. Эклампсия при беременности обычно развивается:
- А) в первом триместре
 - Б) во втором триместре
 - В) в третьем триместре
 - Г) в любом триместре
47. Субнуклеарные вакуоли появляются в эпителии эндометрия:
- А) в раннюю стадию фазы пролиферации
 - Б) в раннюю стадию фазы секреции
 - В) в фазу регенерации
 - Г) в менструальную фазу
48. Признак маточной беременности в соскобе эндометрия:
- А) элементы трофобласта
 - Б) цитогенная строма эндометрия
 - В) отек и кровоизлияния в строме эндометрия
 - Г) повышенная секреторная активность желез эндометрия
49. Источником развитиях ориокарциномы является:
- А) эпителий тела матки
 - Б) эпителий влагалища
 - В) трофобластический эпителий
 - Г) эпителий маточных труб
50. Наиболее характерный гистологический признак полипа эндометрия:
- А) увеличение количества желез
 - Б) наличие фиброзно-сосудистой ножки
 - В) формирование сосочковых структур
 - Г) цитогенная строма
51. "Зернистые шары" образуются из:
- А) нейронов

- Б) астроглии
 - В) микроглии
 - Г) олигодендроглии
52. При сахарном диабете в поджелудочной железе наиболее часто наблюдают:
- А) атрофию и склероз
 - Б) гипертрофию и гиперплазию
 - В) амилоидоз
 - Г) гнойное воспаление
53. Наиболее характерное проявление диабетической нефропатии:
- А) пролиферация эндотелиоцитов гломерулярных капилляров
 - Б) гиалиноз мезангия
 - В) фибриноидный некроз клубочков почек
 - Г) микротромбоз гломерулярных капилляров
54. Характерный признак инсулинзависимого сахарного диабета:
- А) резистентность организма к эндогенному инсулину
 - Б) развитие у лиц пожилого возраста
 - В) развитие у лиц молодого возраста
 - Г) связь с атеросклерозом сосудов
55. Характерный гистологический признак базедовой струмы:
- А) уплотнение коллоида фолликулов
 - Б) разжижение коллоида фолликулов и его вакуолизация вблизи фолликулярного эпителия
 - В) уплощение фолликулярного эпителия
 - Г) склероз стромы органа
56. Аденоматозный зоб отличается от аденомы щитовидной железы:
- А) отсутствием капсулы
 - Б) наличием капсулы
 - В) наличием амилоидных масс в строме
 - Г) наличием псаммомных телец

57. Аденома околощитовидных желез сопровождается:
- А) гипокальциемией
 - Б) гиперкальциемией
 - В) гипокалиемией
 - Г) гиперкалиемией
58. Вторичный гиперпаратиреоз вызывается:
- А) заболеваниями почек
 - Б) заболеваниями печени
 - В) аденомой паращитовидных желез
 - Г) гиперплазией паращитовидных желез
59. Наиболее частая локализация рака толстой кишки:
- А) слепая кишка
 - Б) печеночный угол
 - В) селезеночный угол
 - Г) ректосигмоидный отдел
60. Гастронома развивается обычно:
- А) в пилорическом отделе желудка
 - Б) в фундальном отделе желудка
 - В) в печени
 - Г) в поджелудочной железе
61. Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще всего:
- А) аденокарцинома
 - Б) плоскоклеточный рак
 - В) недифференцированный рак
 - Г) лейомиосаркома
62. К предраковым заболеваниям желудка относят перечисленное кроме:
- А) язвы желудка
 - Б) аденомы
 - В) атрофического гастрита
 - Г) гиперпластического полипа

63. Опухоль Крукенберга это:
- А) двусторонний первичный рак яичников
 - Б) метастаз рака желудка в яичник
 - В) тератобластома яичников
 - Г) эндометриоз яичников
64. Малигнизация аденоматозных полипов толстой кишки чаще обнаруживается:
- А) в базальных отделах полипа
 - Б) в поверхностных отделах полипа
 - В) в средних отделах полипа
 - Г) одновременно во всех отделах
65. Для уточнения диагноза карциноида используют окраску:
- А) по Ван-Гизону
 - Б) по Перлсу
 - В) по Вейгерту
 - Г) по Гримелиусу
66. Наиболее часто среди злокачественных опухолей щитовидной железы встречается:
- А) фолликулярный рак
 - Б) папиллярный рак
 - В) анапластический рак
 - Г) медуллярный рак
67. Биохимический маркер хорионэпителиомы:
- А) α -фетопротеин
 - Б) ферритин
 - В) хорионический гонадотропин
 - Г) соматостатин
68. Амилоидообразование в строме опухоли характерно для:
- А) перстневидно-клеточного рака желудка
 - Б) медуллярного рака щитовидной железы

- В) мелкоклеточного рака легкого
 - Г) медуллобластомы
69. Медуллобластома локализуется чаще всего:
- А) в больших полушариях головного мозга
 - Б) в желудочках мозга
 - В) в стволе мозга
 - Г) в мозжечке
70. Кровоизлияния и некрозы наиболее характерны для:
- А) мультиформной глиобластомы
 - Б) менингиомы
 - В) протоплазматической астроцитомы
 - Г) медуллобластомы
71. Основным компонентом гемангиомы являются:
- А) артериолы
 - Б) артериовенозные анастомозы
 - В) миоидные клетки
 - Г) сосудистые почки
72. Для менингиомы характерны:
- А) ложные розетки
 - Б) истинные розетки
 - В) псаммомные тельца
 - Г) тельца Верокаи
73. Нейрилеммома происходит из:
- А) эндоневрия
 - Б) шванновской оболочки
 - В) длинных отростков нейрона
 - Г) элементов мозговой оболочки
74. Синоним зернистоклеточной опухоли:
- А) опухоль Барре–Массона
 - Б) эпителиоидноклеточная лейомиома

- В) опухоль Абрикосова
 - Г) гломусная опухоль
75. Для идентификации клеток APUD-системы используется окраска:
- А) Маллори
 - Б) Гримелиуса
 - В) Фельгена
 - Г) Рего
76. При сыпном тифе в сердце развивается миокардит:
- А) Абрамова–Фидлера
 - Б) диффузный интерстициальный
 - В) узелковый (гранулематозный)
 - Г) альтеративный
77. Перечисленные элементы входят в состав тетрады Фалло кроме:
- А) коарктации аорты
 - Б) стеноза устья легочной артерии
 - В) дефекта межжелудочковой перегородки
 - Г) декстрапозиции аорты
78. Микроскопическим признаком активности ревматического процесса является:
- А) периваскулярный склероз
 - Б) периваскулярное фибриноидное набухание
 - В) гиалиноз
 - Г) кальциноз
79. Характерный признак возвратно-бородавчатого эндокардита:
- А) склероз створок и их изъязвление
 - Б) перфорация створок
 - В) обызвествление и гиалиноз створок
 - Г) склероз створок с тромботическими наложениями
80. При ревматизме развивается эндокардит:
- А) острый язвенный

- Б) острый бородавчатый
 - В) полипозно-язвенный
 - Г) кальцифицирующий
81. Образное название сердца при ревматическом перикардите:
- А) волосатое сердце
 - Б) тигровое сердце
 - В) бычье сердце
 - Г) легочное сердце
82. Периартериальный "луковичный" склероз в селезенке является характерным признаком:
- А) системной склеродермии
 - Б) системной красной волчанки
 - В) сахарного диабета
 - Г) первичного амилоидоза
83. В развитии легочно-сердечной недостаточности при хронических обструктивных болезнях легких ведущим фактором является:
- А) прекапиллярная гипертония малого круга
 - Б) посткапиллярная гипертония малого круга
 - В) увеличение сосудистой проницаемости
 - Г) снижение сосудистой проницаемости
84. При хронической пневмонии и эмфиземе легких в сердце развивается:
- А) атрофия миокарда
 - Б) ожирение
 - В) гипертрофия левого желудочка
 - Г) гипертрофия правого желудочка
85. Отличительный гистологический признак волчаночного гломерулонефрита:
- А) гиалиновые тромбы в гломерулярных капиллярах
 - Б) склероз мезангия
 - В) пролиферация подоцитов

- Г) пролиферация эндотелиоцитов гломерулярных капилляров
86. К аутоиммунным тиреоидитам относят:
- А) зоб Хасимото
 - Б) струму Риделя
 - В) тиреоидит де Кервена
 - Г) всё перечисленное
87. Причина синдрома Золлингера–Эллисона:
- А) оксифильная аденома передней доли гипофиза
 - Б) хромофобная аденома передней доли гипофиза
 - В) аденома островков поджелудочной железы
 - Г) аденома коры надпочечников
88. Причина эндогенной недостаточности витамина В₁₂ при пернициозной анемии:
- А) нарушение секреции сиалопротеинов
 - Б) нарушение секреции гастромукопротеина
 - В) нарушение секреции соляной кислоты
 - Г) нарушение секреции мукополисахаридов
89. При рахите наибольшие изменения костей локализованы в зоне:
- А) диафиза
 - Б) эпифиза
 - В) метафиза
 - Г) во всех зонах
90. Наиболее характерный признак первичной легочной гипертензии:
- А) разрушение структуры сурфактанта
 - Б) появление гиалиновых мембран в альвеолах
 - В) появление гломерулярных анастомозов
 - Г) формирование микроаневризм в сосудах легких
91. *Helicobacter pylori* выявляют в биоптатах слизистой оболочки желудка и в мазках-отпечатках с помощью окраски:
- А) по Гольднеру

- Б) по Фельгену
 - В) по Шпильмайеру
 - Г) по Гимзе
92. Изъязвления слизистой оболочки желудка наблюдают при:
- А) синдроме Золлингера–Эллисона
 - Б) синдроме Дъелафуа
 - В) синдроме Гудпасчера
 - Г) синдроме Мэллори–Вейса
93. Матово-стекловидные гепатоциты являются характерным морфологическим признаком:
- А) острой токсической дистрофии печени
 - Б) хронического алкогольного гепатита
 - В) хронического вирусного гепатита
 - Г) амилоидоза печени
94. Для острого алкогольного гепатита характерны:
- А) тельца Каунсильмена
 - Б) тельца Мэллори
 - В) тельца Леви
 - Г) тельца Барра
95. Наиболее частой причиной токсической дистрофии печени является:
- А) вирус гепатита А
 - Б) вирус гепатита В
 - В) цитомегаловирус
 - Г) вирус герпеса
96. Накопление железа в купферовских клетках печени наблюдается при:
- А) хроническом венозном застое крови
 - Б) избыточном поступлении железа с пищей
 - В) некрозе гепатоцитов
 - Г) серповидноклеточной анемии
97. К предраковым заболеваниям желудка относят перечисленное кроме:

- А) язвы желудка
 - Б) аденомы
 - В) атрофического гастрита
 - Г) гиперпластического полипа
98. Опухоль Крукенберга это:
- А) двусторонний первичный рак яичников
 - Б) метастаз рака желудка в яичник
 - В) тератобластома яичников
 - Г) эндометриоз яичников
99. Характерный иммуногистохимическим маркер опухолей из эпителия:
- А) десмин
 - Б) цитокератин
 - В) виментин
 - Г) хромогранин
100. Наиболее характерный синдром, развивающийся при эклампсии беременных:
- А) нарушенного всасывания
 - Б) диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
 - В) краш
 - Г) дистресс

КАРТА ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ
К ЭКЗАМЕНУ ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ
(ВТОРОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ)

О Т В Е Т Ы:

" ___ " _____ 200__ г.

Ф.И.О. _____ НЕПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

ЗАЧЕРКНУТЬ

№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ отметить
1	А Б В Г	26	А Б В Г	51	А Б В Г	76	А Б В Г
2	А Б В Г	27	А Б В Г	52	А Б В Г	77	А Б В Г
3	А Б В Г	28	А Б В Г	53	А Б В Г	78	А Б В Г
4	А Б В Г	29	А Б В Г	54	А Б В Г	79	А Б В Г
5	А Б В Г	30	А Б В Г	55	А Б В Г	80	А Б В Г
6	А Б В Г	31	А Б В Г	56	А Б В Г	81	А Б В Г
7	А Б В Г	32	А Б В	57	А Б В	82	А Б В Г

			Г		Г		
8	А Б В Г	33	А Б В Г	58	А Б В Г	83	А Б В Г
9	А Б В Г	34	А Б В Г	59	А Б В Г	84	А Б В Г
10	А Б В Г	35	А Б В Г	60	А Б В Г	85	А Б В Г
11	А Б В Г	36	А Б В Г	61	А Б В Г	86	А Б В Г
12	А Б В Г	37	А Б В Г	62	А Б В Г	87	А Б В Г
13	А Б В Г	38	А Б В Г	63	А Б В Г	88	А Б В Г
14	А Б В Г	39	А Б В Г	64	А Б В Г	89	А Б В Г
15	А Б В Г	40	А Б В Г	65	А Б В Г	90	А Б В Г
16	А Б В Г	41	А Б В Г	66	А Б В Г	91	А Б В Г
17	А Б В Г	42	А Б В Г	67	А Б В Г	92	А Б В Г
18	А Б В Г	43	А Б В Г	68	А Б В Г	93	А Б В Г
19	А Б В Г	44	А Б В Г	69	А Б В Г	94	А Б В Г
20	А Б В Г	45	А Б В Г	70	А Б В Г	95	А Б В Г
21	А Б В Г	46	А Б В Г	71	А Б В Г	96	А Б В Г

22	А Б В Г	47	А Б В Г	72	А Б В Г	97	А Б В Г
23	А Б В Г	48	А Б В Г	73	А Б В Г	98	А Б В Г
24	А Б В Г	49	А Б В Г	74	А Б В Г	99	А Б В Г
25	А Б В Г	50	А Б В Г	75	А Б В Г	100	А Б В Г

Процент правильных ответов _____ Оценка _____
(отлично 90 – 100%, хорошо 80 – 89%, удовл. 70 – 79%, неуд. < 70%)

Подписи экзаменаторов _____

П Р А В И Л Ь Н Ы Е О Т В Е Т Ы

К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ (ВТОРОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ)

№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ	№№ вопро- сов	Правиль- ный ответ
---------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

	ОТМЕТИТЬ		ОТМЕТИТЬ		ОТМЕТИТЬ		ОТМЕТИТЬ
1	В	26	В	51	В	76	Б
2	Б	27	Б	52	А	77	А
3	Г	28	А	53	Б	78	Б
4	В	29	В	54	В	79	Г
5	Г	30	Б	55	Б	80	Б
6	Г	31	Г	56	А	81	А
7	А	32	А	57	Б	82	Б
8	В	33	Б	58	А	83	А
9	В	34	Б	59	Г	84	Г
10	Г	35	Б	60	Г	85	А
11	В	36	Г	61	Б	86	А
12	А	37	В	62	Г	87	В
13	В	38	В	63	Б	88	Б
14	Б	39	В	64	Б	89	В
15	Б	40	В	65	Г	90	В
16	Б	41	В	66	Б	91	Г
17	Б	42	А	67	В	92	А
18	Г	43	Г	68	Б	93	В
19	В	44	В	69	Г	94	Б
20	Г	45	Г	70	А	95	Б
21	Б	46	В	71	Г	96	Г
22	А	47	Б	72	В	97	Г
23	А	48	А	73	Б	98	Б
24	Б	49	В	74	В	99	Б
25	Г	50	Б	75	Б	100	Б

Ситуационные задачи для проведения промежуточной аттестации ординаторов 2 года обучения.

1. У больного, многие годы страдавшего атеросклерозом и перенесшего ранее инфаркт миокарда, развился длительный приступ загрудинных болей. Больной госпитализирован. Через 3 дня после госпитализации возникает внезапное расширение границ сердца влево, появляется пульсация сердца в области верхушки. На фоне прогрессирующей сердечной недостаточности - правосторонняя гемиплегия.

- 1) Какое заболевание можно предположить в данном случае?
- 2) Какое заболевание следует считать фоновым?
- 3) О каком осложнении со стороны сердца можно думать?
- 4) С чем можно связать развития гемиплегии?

2. Женщина 30 лет с детства страдает ревматическим пороком сердца. В последние годы часты эпизоды сердечно-сосудистой недостаточности. В клинику поступила с жалобами на одышку, увеличение живота, отеки на ногах, пальпируется увеличенная печень. Диагностирован митральный стеноз. Смерть наступила от хронической сердечной недостаточности.

- 1) Как изменен митральный клапан?
- 2) Как были изменены легкие (назовите)?
- 3) Какие изменения развилась в печени, почках (назовите)?

3. Ребенок умер от быстро прогрессирующего ревматизма с выраженными аллергическими реакциями. При вскрытии обнаружен панкардит.

- 1) Характер изменений эндокарда (назовите)?
- 2) Характер изменений миокарда, выявленных при гистологическом исследовании?
- 3) Характер изменений перикарда, выявленных на вскрытии, вид сердце (назовите)?

4. Мужчина 32 лет после резкого охлаждения почувствовал слабость, одышку, боли при дыхании в правой половине грудной клетки; температура тела 39,0С. При обследовании на следующий день: притупление

перкуторного звука, отсутствие дыхания в области нижней доли правого легкого, шум трения плевры. Начатое лечение эффекта не дало. Смерть наступила через неделю от начала заболевания при явлениях легочно-сердечной недостаточности. При вскрытии: нижняя доля правого легкого плотной консистенции с наложением нитей фибрина на плевре, на разрезе ткань легкого безвоздушная, серого цвета, в IX - X сегментах определяется округлая полость, заполненная гноем.

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

5. У пожилой больной на 5-й день после холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита повысилась температура тела до 38,50С, возникла одышка. При обследовании в нижних отделах легких выслушивались влажные хрипы, при рентгенологическом обследовании в IX - X сегментах легких выявлены мелкие очаги затемнения.

- 1) Какое заболевание осложнило послеоперационный период?
- 2) Вид этого заболевания в зависимости от особенностей патогенеза в данном случае.
- 3) Какие изменения в очагах поражения легкого можно было выявить при микроскопическом исследовании?

6. Больной 48 лет поступил в клинику с высокой температурой, кашлем с обильной зловонной мокротой. При рентгенологическом обследовании субплеврально в верхней доле правого легкого обнаружена полость с уровнем жидкости. Анализ крови: лейкоцитов $22,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 45 мм/ч. Произведена пульмонэктомия. В верхней доле правого легкого под плеврой имеется полость диаметром 10 см с грязно-серыми краями и зловонным жидким содержимым. Стенки полости серо-белые, плотные. Окружающая легочная ткань плотная, с белесоватыми прослойками.

- 1) О каком заболевании легкого идет речь?

- 2) Что могло предшествовать формированию данного образования в легком?
- 3) Какой процесс развивается в ткани легкого, окружающей это образование?
- 4) Какое смертельное осложнение могло развиться в данном случае?

7. В клинику поступил мужчина 51 года с жалобами на одышку, кашель с обильной мокротой. Такие симптомы впервые появились 30 лет назад, все это время он много курил. При рентгенологическом исследовании в легких обнаружены эмфизема, мешотчатые и цилиндрические расширения бронхов. Границы сердца расширены за счет правого желудочка. Пальцы имеют вид барабанных палочек. В стационаре появились симптомы нарастающей почечной недостаточности. Умер от гиперазотемической уремии.

- 1) Какое легочное заболевание имеет место у больного?
- 2) Какое изменение легких обнаружены при вскрытии?
- 3) Какие изменения сердца обнаружены при вскрытии?
- 4) Какой патологический процесс осложнил легочное заболевание и явился причиной почечной недостаточности?

8. Больной длительно страдал язвенной болезнью желудка с периодическими обострениями. Внезапно появилась резкая боль в подложечной области с иррадиацией в плечо, холодный пот, бледность кожных покровов. При пальпации отмечено резкое напряжение мышц передней стенки живота.

- 1) Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного?
- 2) Какова микроскопическая характеристика язвы в период обострения?
- 3) Чем объяснить напряжение мышц живота?

9. У больной внезапно появились боли в правой подвздошной области, рвота. К врачу обратилась на 2-е сутки, когда присоединились боли в области правого подреберья, температура тела 39°C. Больная доставлена в хирургическое отделение, оперирована. На операции обнаружен утолщенный червеобразный отросток, серозная оболочка его гиперемирована, покрыта фибринозно-гнойным налетом.

- 1) Какая форма аппендицита обнаружено у больной?
- 2) Какова микроскопическая характеристика червеобразного отростка?

3) Какое осложнение может развиваться при распространении воспаления на ветви воротной вены?

10. После отравления грибами у больного развились признаки острой печеночной недостаточности, отмечено прогрессирующее уменьшение размеров печени.

- 1) Какое заболевание развилось у больного?
- 2) Какой процесс в печени лежит в основе этого заболевания?
- 3) Назовите морфологические стадии заболевания?
- 4) Каковы возможные исходы болезни?

11. Больной в течение длительного времени страдает хроническим алкоголизмом. После употребления больших доз алкоголя неоднократно отмечал желтуху, при исследовании пунктата печени диагностировали повторные атаки острого алкогольного гепатита. При объективном исследовании печень плотной консистенции, край ее бугристый: на передней брюшной стенке отмечается резкое расширение вен.

- 1) Какой патологический процесс развился в печени?
- 2) Каков внешний вид при лапороскопии?
- 3) Каковы микроскопические изменения печени?
- 4) Каковы возможные осложнения?

12. Больной заболел остро, после переохлаждения. Отмечалось повышение артериального давления, гематурия, отеки лица. Несмотря на лечение, нарастали явления почечной недостаточности. Спустя 6 месяцев от начала заболевания больной скончался. При вскрытии обнаружено: почки увеличены в размерах, дряблые, на разрезе корковый слой желто-серый с красным крапом, пирамиды темно-красные.

1. Какое заболевание возникло у больного?
2. Как называют изменения почек, обнаруживаемые макроскопически?
3. Какие изменения в почках обнаруживают при микроскопическом исследовании?
4. Для какой гистологической формы заболевания они характерны?

13. У ребенка 5 лет после перенесенной кори появились слабость, потливость, повышение температуры тела. Кожные покровы бледные. Реакция Манту резко положительна. На рентгенограмме грудной клетки в IX сегменте правого легкого под плеврой и у корня этого легкого округлые тени. Поставлен диагноз первичный туберкулез легких.

- 1) Каковы морфологические проявления первичного туберкулеза легких (перечислите компоненты этих проявлений)?
- 2) Как называется сочетание этих компонентов?
- 3) Какая тканевая реакция преобладает?
- 4) Каковы пути прогрессирования при первичном туберкулезе?

14. У юноши, перенесшего первичный туберкулез в детстве, стали нарастать признаки деформации грудных позвонков. Диагностирован туберкулезный спондилит. Через 4 года сформировался горб.

- 1) О каком виде туберкулеза идет речь: первичном, гематогенном, вторичном?
- 2) Какая форма спондилита имеет место в данном случае?
- 3) Какие слои различают в стенке каверны?

15. У ребенка появились резкая боль при глотании, выраженный отек шеи, температура шеи повысилась до 39⁰С. На миндалинах появились бело-желтые пленки, снимающиеся с большим трудом. Резко выражены признаки общей интоксикации.

- 1) О каком заболевании идет речь?
- 2) Какой процесс лежит в основе местных проявлений этого заболевания?
- 3) Чем определяются проявления общей интоксикации?
- 4) В каких органах следует ожидать изменения в связи с токсемией?

16. У ребенка школьного возраста появились озноб, повышение температуры тела до 39⁰С, резкая головная боль, возбуждение, двигательное беспокойство, рвота. Выявлена ригидность затылка. Поставлен диагноз менингококкового менингита. Спустя несколько дней появилась геморрагическая сыпь на теле, поражение сосудистой оболочки глаз и

суставов, к которым присоединилась олигурия и острая надпочечниковая недостаточность, послужившая причиной смерти.

- 1) Каков вид мозга при менингококковом менингите?
- 2) В какую форму менингококковой инфекции трансформировался менингококковый менингит?
- 3) Какие изменения при вскрытии найдены: а) в сосудистой оболочке глаз; б) суставах; в) надпочечниках г) почках?
- 4) Как называется синдром острой надпочечной недостаточности при менингококковой инфекции?

17. Больной заболел остро. Высокая температура, интоксикация. На 10-й день болезни на коже туловища появилась розеолопапулезная сыпь. На 17-й день болезни выявлены признаки острого живота, диагностирован перитонит. Больной скончался. На вскрытии в подвздошной кишке обнаружены глубокие язвы в области некротизированных групповых фолликулов. Одна из язв перфоративная. В брюшной полости фибринозно-гнойный экссудат.

- 1) О каком заболевании идет речь?
- 2) Какая стадия заболевания?
- 3) Какой вид имели мезентеральные лимфатические узлы?
- 4) Обнаружение каких образований в групповых фолликулах и лимфатических узлах брыжейки при гистологическом исследовании имеет диагностическое значение?
- 5) Какое микроскопическое строение имеют эти образования?

18. У мужчины 40 лет, вернувшегося из Юго-Восточной Азии, появились профузная диарея, рвота, обезвоживание; температура тела не повышалась. Заподозрена холера. Произведена биопсия. Спустя некоторое время после начала лечения картина заболевания резко изменилась: высокая температура, увеличение селезенки, нарастающая почечная недостаточность, которая послужила причиной смерти.

- 1) В какую стадию холеры производилась биопсия?

- 2) Из какого отдела кишечника брали биопсию слизистой оболочки?
- 3) Какие микроскопические изменения обнаружены в биоптате?
- 4) О каком осложнении холеры идет речь?
- 5) Какие изменения почек обусловили развитие их недостаточности?
- 6) Какие изменения толстой кишки найдены при вскрытии?

19. У больной через 3 дня после криминального аборта повысилась температура до 40°C, отмечено затемнение сознания, наличие на коже множественных кровоизлияний. Через 2 суток, после появления этих симптомов наступила смерть

- 1) О какой клинико-морфологической форме сепсиса можно думать?
- 2) Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот инфекции?
- 3) Охарактеризуйте морфологию местных изменений.
- 4) Какие процессы можно обнаружить: в паренхиме органов; в строме; в кроветворной и лимфатической ткани?

20. У больного, 30 лет, не страдавшего пороком сердца, диагностирован затяжной септический эндокардит. В клинической картине резко выражены геморрагический и тромбоэмболический синдром, увеличения селезенки, микрогематурия и протеинурия.

- 1) Какой вид затяжного септического эндокардита имеет место в данном случае(название)?
- 2) С какими изменениями можно связать: геморрагический синдром, тромбоэмболический синдром?
- 3) Какой процесс лежит в основе увеличения селезенки? 4) С каким процессом связано развитие гематурии и протеинурии?

21. У женщины 45 лет произведено диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки в связи с обильными кровотечениями. При гистологическом исследовании соскоба слизистой оболочки обнаружено большое количество удлиненных желез извилистой (штопорообразной) формы. Гиперплазия клеток стромы.

- 1) Назовите патологический процесс (заболевание)?

2) Какова его природа?

3) Какое заболевание может развиться на его фоне?

22. У женщины 24 лет, считавшей себя беременной (16 нед), внезапно развилось коллаптоидное состояние. При лапаротомии обнаружено утолщение правой маточной трубы, дефект в ее стенке, полость трубы заполнена сгустками крови. Труба удалена. При гистологическом ее исследовании в слизистой оболочке обнаружена дицидуальная реакция, в просвете трубы - ворсины хориона.

1) Какая патология беременности имеет место в данном случае?

2) Обнаружение каких структур при гистологическом исследовании является критерием для постановки диагноза?

23. В период эпидемии гриппа в клинику поступил больной с жалобами на озноб, повышение температуры до 40 С, головную боль, кашель, выраженную одышку. В легких определялись влажные хрипы. Несмотря на проводимое лечение, через 3 дня наступила смерть от легочно-сердечной недостаточности.

1) От какого заболевания наступила смерть больного?

2) О какой форме заболевания следует думать?

3) Какой вид воспаления обнаружен на вскрытии в трахее?

4) Какой макроскопический вид имели легкие?

5) С какими процессами легочной ткани связан такой вид легких?

Итоговая государственная аттестация:

1. Экзаменационные вопросы по курсу общей и частной патологической анатомии.

Предмет и методы.

1. Задачи патологической анатомии. Этиология, патогенез болезней: определение понятий, содержание, роль патологоанатома в оценке этиологии и патогенеза.

2. Морфогенез, санагенез болезней: определение понятий, содержание, роль патологоанатома в оценке морфогенеза и санагенеза.
3. Патоморфоз болезней: определение понятий, классификация, структурно-функциональные проявления.
4. Морфологическая картина болезней на различных уровнях организации живой материи.
5. Соотношение структурных и функциональных проявлений болезней.
6. Методы патологической анатомии. Биопсия: задачи.
7. Методы патологической анатомии. Вскрытие: задачи.

СМЕРТЬ. НЕКРОЗ.

8. Смерть: определение понятия, классификация. Признаки биологической смерти.
9. Некроз: определение понятия, клинико-анатомические формы.
Секвестр: причины образования, топография, морфология, осложнения.
10. Гангрена: клинико-анатомические формы, морфология, дифференциальный диагноз различных форм.
11. Инфаркты: механизм образования, морфологические варианты в различных органах, функциональное значение.
12. Инфаркт: определение понятия. Инфаркты почек и селезенки: механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
13. Инфаркты легких и кишок: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
14. Микроскопические признаки некроза: типы смерти ядра и цитоплазмы. Апоптоз.
15. Исходы некроза.

ДИСТРОФИЯ.

16. Дистрофия: определение понятия, механизм развития и классификация.
17. Паренхиматозные белковые дистрофии: определение понятия, классификация. Гиалиново-капельная дистрофия: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.

18. Гидропическая дистрофия: механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
19. Паренхиматозная жировая дистрофия: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
20. Паренхиматозные углеводные дистрофии: определение понятия, классификация. Сахарный диабет: механизм развития, морфология, функциональное значение.
21. Слизистая дистрофия (паренхиматозная): механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
22. Стромально - сосудистые дистрофии: определение понятия, классификация. Мукоидное и фибриноидное набухание: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
23. Гиалиноз: классификация, механизм развития, строение гиалина. Функциональное значение гиалиноза, исходы.
24. Гиалиноз сосудов: механизм развития, классификация, морфология, функциональное значение.
25. Амилоидоз: определение понятия, классификация, строение амилоида.
26. Амилоидоз: морфогенез.
27. Амилоидоз первичный и вторичный: механизм развития, топография, морфология, исходы.
28. Амилоидоз наследственный и старческий: механизм развития, топография, морфология, исходы.
29. Стромально – сосудистые жировые дистрофии: определение понятия. Ожирение: механизм развития, классификация, морфология, функциональное значение.
30. Смешанные дистрофии: определение понятия, классификация. Эндогенные пигментации: классификация.
31. Гемоглобиногенные пигменты: определение понятия. Пигменты нормы. Пигменты патологические.

32. Нарушение обмена гемосидерина (гемосидероза): механизм развития, морфология, функциональное значение.
33. Гемохроматоз: варианты, причины, механизм развития, морфология, функциональное значение.
34. Нарушение обмена билирубина. Желтуха: определение понятия, классификация, механизм развития, морфология, функциональное значение.
35. Протеиногенные пигменты: определение понятия, классификация. Гипермеланоз: варианты, механизмы развития, морфология, функциональное значение.
36. Гипермеланоз: варианты, механизм развития, морфология, функциональное значение.
37. Нарушение обмена нуклеопротеидов: определение понятия. Подагра: механизм развития, морфология, функциональное значение.
38. Нарушение обмена кальция. Кальцинозы: классификация, механизм образования кальцификатов, морфология. Функциональное значение.
39. Образование камней: причины, механизм развития. Структура и топография камней, их функциональное значение.
40. Камни почек и мочевых путей: строение камней, осложнения.
41. Тезауросы (болезни накопления): механизм развития, критерии диагноза, клинико-анатомические формы.
42. Камни желчного пузыря и желчных путей: строение камней, осложнения.
- НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ.**
43. Нарушение кровообращения. Классификация.
44. Артериальная гиперемия: определение понятия, классификация. Воспалительная артериальная гиперемия: функциональное значение
45. Артерио-венозный свищ: Причины нарушения гемодинамики, функциональное значение.
46. Коллатеральная артериальная гиперемия: механизм развития, функциональное значение.

47. Ишемия местная: определение понятия. Острая и хроническая ишемия: механизм развития, морфология изменений органов.
48. Местное венозное полнокровие: механизм развития.
49. Острая сердечная недостаточность: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
50. Хроническая сердечная недостаточность: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
51. Тромбоз: определение понятия: функциональное значение. Тромб: топография, причины, механизм развития.
52. Тромб: локализация, строение, исходы.
53. Эмболия: определение понятия. Направление движения эмболов.
54. Тромб: дифференциальный диагноз со свертком и эмболом.
55. Эмболия: материал эмболов.
56. Кровотечение: определение понятия, классификация в зависимости от типа повреждения сосуда. Гематома, геморрагическая инфильтрация: морфология, функциональное значение, исходы.
57. Стаз. Плазморрагия: определение понятия, причины, механизм развития, функциональное значение, исходы.
58. ДВС-синдром: определение понятия, механизм развития (стадии), морфология.
59. Шок: определение понятия, классификация, морфология.

ВОСПАЛЕНИЕ.

60. Воспаление: определение понятия, биологическая сущность, классификация, терминология.
61. Воспаление: морфогенез и патогенез; роль медиаторов воспаления.
62. Клетки очага воспаления: функция (синтез структурных компонентов и биологически активных веществ, кооперация).
63. Клетки очага воспаления: пролиферация и трансформация.

64. Экссудативное воспаление: определение понятия, классификация. Серозное воспаления: причины и механизм развития, локализация, морфология, функциональное значение, исходы.
65. Фиброзное воспаление: классификация, крупозное и дифтеритическое воспаление: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, осложнения, исходы.
66. Гнойное воспаление: клинико-анатомические варианты. Флегмона: причины и механизм развития, локализация, морфология, осложнения, исходы.
67. Гнойное воспаление. Абсцесс, эмпиема: определение понятий, локализация, морфология, осложнения, исходы.
68. Катаральное воспаление: причины, локализация, морфология, осложнения, исходы.
69. Гнилостное воспаление: этиология, локализация, морфология, осложнения, исходы.
70. Геморрагическое воспаление: этиология, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
71. Продуктивное воспаление: определение понятия, классификация. Воспаление с образованием полипов и кондилом: причины, локализация, осложнения.
72. Продуктивное воспаление: этиология, патогенез, отличительные морфологические признаки, классификация.
73. Межуточное воспаление: определение понятия, причины, локализация, морфология, исходы.
74. Гранулематозное воспаление: определение понятия. Классификация гранулем.
Морфогенез гранулем.
75. Морфологические варианты туберкулезного продуктивного воспаления. Милиарный бугорок, туберкул, специфическая грануляционная ткань: строение, исходы.

76. Морфологические проявления третичного периода сифилиса. Гумма, межуточное воспаление, осложнения, исходы.
77. Проказа: этиология, клиничко - анатомические формы. Лепрома: локализация, морфология, осложнения.
78. Воспалительно – репаративная реакция (по Серову В.В.): компоненты реакции;
ауторегуляция " дирижеры клеточного ансамбля".
79. Динамика воспалительно - репаративной реакции.
80. Процессы компенсации и приспособления: определение понятия, функциональное значение.
81. Компенсация: структурные проявления, этапы развития. Декомпенсация: причины и механизм развития.
82. Компенсация: локализация, варианты эффективности.
83. Викарная гипертрофия: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
84. Рабочая гипертрофия: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
85. Атрофия общая (кахексия): определение понятия, классификация, морфология, функциональное значение.
86. Атрофия местная: определение, классификация, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
87. Аккомодация органная, тканевая: причины и механизм развития, морфология, функциональное значение.
88. Метаплазия: определение понятия, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
89. Регенерация: определение понятия. Формы (уровня) регенерации органов и тканей.
90. Регенерация: классификация. Физиологическая регенерация: морфология, биологическая сущность.

91. Репаративная регенерация: определение понятия, классификация. Полная репаративная регенерация: локализация морфология.
92. Регенерационная гипертрофия (неполная регенерация): определение понятия. Варианты: локализация, морфология.
93. Патологическая регенерация: механизм развития, морфология, функциональное значение.
94. Дисрегенерация: определение понятия, причины и механизм развития.
95. Дисрегенерация: морфология, функциональное значение.

ИММУНОПАТОЛОГИЯ.

96. Иммунопатологические процессы и болезни: перечень. Иммунное воспаление: отличительные признаки.
97. Аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
98. Истинные аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
99. Органонеспецифические аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
100. Болезни с аутоиммунными нарушениями: аутоантигены, механизм и аутоиммунизация, нозологические формы.
101. Морфология аутоиммунных болезней: тимус, лимфоузлы и селезенка, органы – мишени.
102. ГЗТ: механизм иммунного конфликта, морфология воспаления.
103. ГНТ: механизм иммунного конфликта, морфология воспаления.
104. Первичный иммунодефицитный синдром: варианты синдрома.
105. Первичный иммунодефицитный синдром: клиничко-анатомические проявления.
106. Первичный иммунодефицитный синдром: изменение тимуса, изменения лимфатических узлов и селезенки.
107. Вторичный иммунодефицитный синдром: определение понятия, причина.

ОПУХОЛИ.

108. Варианты роста опухолей: по отношению к окружающим тканям; по отношению к стенке и просвету полого органа.
109. Предраковая патология: факультативный предрак, облигатный предрак, Критерии морфологического диагноза " предрака".
110. Вторичные изменения опухолей.
111. Атипия опухолевых клеток: варианты. Морфологическая атипия; проявления на различных структурных уровнях.
112. Атипичный антиген опухолей.
113. Влияние опухолей на организм: местная , общая.
114. Этапы морфогенеза злокачественных опухолей.
115. Типы структуры опухолей в зависимости от проявлений морфологической атипии ее клеток.
116. Метастазы опухолей: определение понятия. Этапы метастазирования опухолей.
117. Пути метастазирования опухолей.
118. Классификация опухолей ВОЗ.
119. Критерии клинико-анатомического диагноза " злокачественная опухоль".
120. Критерии клинико-анатомического диагноза "доброкачественная опухоль".
121. Критерии клинико-анатомического диагноза "опухоль с местнодеструктивным ростом".
122. Доброкачественные органонеспецифические опухоли из эпителия: классификация, морфология.
123. Гистологические формы рака, исходящие из плоского (переходного эпителия).
124. Гистологические формы рака, исходящие из энтодермального (цилиндрического, кубического) эпителия.

125. Рак легкого: предраковая патология, клинико-анатомическая классификация, гистологическое строение.

126. Рак легкого: пути распространения. Причины смерти больных

127. Рак желудка: предраковая патология, макроскопические формы, гистологическое строение.

128. Рак желудка: пути распространения. Причины смерти больных.

129. Рак шейки матки: микроскопические формы, гистологическое строение, пути распространения.

130. Рак тела матки: макроскопические формы, гистологическое строение, пути распространения.

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

131. Приобретенные пороки сердца: определение понятия. Клинико-анатомические варианты пороков, механизм их развития.

Сочетанные, комбинированные пороки: определение понятия.

132. Приобретенные пороки аортальных клапанов: механизм развития, морфология пороков различной этиологии.

133. Приобретенные пороки митрального клапана: механизм развития, морфология пороков различной этиологии.

134. Атеросклероз: этиология, факторы риска, патогенез, клинико-анатомические формы.

135. Атеросклероз: локализация, морфогенез, морфология.

136. Острая ИБС: клинико - анатомические варианты, критерии диагноза макроскопические, микроскопические.

137. Инфаркт миокарда: варианты локализации и течения

138. Инфаркт миокарда: осложнения, причины смерти больных.

139. ХИБС – морфология. Осложнения, причины смерти больных.

140. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, (теория Ланга – Мясникова, мембранная). Варианты течения гипертонической болезни.

141. Гипертоническая болезнь: дифференциальный диагноз доброкачественной и злокачественной форм. Гипертонический криз.

142. Гипертоническая болезнь: морфология второй стадии доброкачественной формы.
143. Гипертоническая болезнь: морфология третьей стадии доброкачественной формы.
144. Вторичные гипертонии: классификация, морфология.
145. Кардиомиопатии: определение понятия, классификация, течение, исход.
146. Гипертрофическая (констриктивная) кардиомиопатия; причины, морфология.
147. Дилатационная (конгестивная), рестриктивная кардиомиопатии: причины, морфология.
148. Аневризмы артерии: причины и механизм развития, локализация, морфология, осложнения.
149. Общие признаки механизма развития и морфологии болезней соединительной ткани.
150. Ревматизм. Ревматический эндокардит; варианты топографии и морфологии, исходы.
151. Ревматизм: механизм развития, клинико-анатомические формы.
152. Ревматический миокардит: морфология, исходы.
153. Ревматоидный артрит: этиология, механизм развития.
154. Ревматоидный артрит: морфология поражений суставов и висцеральных изменений.
155. Системная красная волчанка: механизм развития, морфология.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

156. Хронический бронхит: этиология, морфология, функциональное значение. исходы.
157. Бронхоэктазы: механизм развития, осложнения, исходы.
158. Эмфизема легких: механизм развития, осложнения, классификация, морфология.
159. Крупозная пневмония: этиология, патогенез, морфогенез (по В.Д.Цинзерлингу), морфология форм.

160. Крупозная пневмония: осложнения, исходы.
161. Стафилококковая пневмония: морфология, осложнения, исходы.
162. Стрептококковая пневмония: морфология, осложнения, исходы.

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

163. Хронические пилородуоденальные язвы: топография, механизм развития.
164. Хронические язвы тела желудка.
165. Прогрессирующая хроническая язва желудка и 12 перстной кишки: морфология.
166. Заживающая хроническая язва желудка и 12 перстной кишки.
167. Осложнения хронической язва желудка и 12 перстной кишки.
168. Симптоматические язвы желудка и 12 перстной кишки.
169. Аппендицит острый: механизм развития, морфология различных форм, осложнения, исходы.
170. Аппендицит хронический: морфология.

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.

171. Массивный прогрессирующий некроз печени: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.
172. Массивный прогрессирующий некроз печени: морфогенез, морфология местных и общих изменений.
173. Гепатиты: определение понятия, классификация.
174. Вирусные гепатиты: патогенез, классификация.
175. Вирусные гепатиты: клинико-анатомические формы, морфология, исходы.
176. Морфогенез вирусного гепатита: морфология общих изменений.
177. Вирусный гепатит. Патогенез, морфология, исходы.
178. Вирусный гепатит Д: этиология, клинико-анатомические формы, исходы.
179. Циррозы печени: классификация. Критерии морфологического диагноза.
180. Циррозы печени: морфогенез.

181. Циррозы печени: морфология общих изменений, осложнения, причины смерти больных.

182. Циррозы печени: дифференциальный диагноз портального, постнекротического, билиарного циррозов.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.

183. Гломерулопатия: определение понятия, классификация.

184. Гломерулонефрит: механизм развития.

185. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы.

186. Подострый гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.

187. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.

188. Первичный нефротический синдром: определение понятия. Липоидный нефроз: этиология, механизм развития, морфология, исходы.

189. Первичный нефротический синдром: определение понятия. Мембранозная нефропатия: причины, механизм развития. Исходы.

190. Некротический нефроз (ОПН): причины, механизм развития морфология, исходы. Причины смерти больных.

191. Тубулоинтерстициальный нефрит: причины, механизм развития, течение, морфология, исходы.

192. Пиелонефрит: этиология, факторы риска, механизм развития, морфология, исход. Осложнения.

193. Хроническая почечная недостаточность: механизм развития, морфология.

194. Первичный нефросклероз: классификация, морфология, исходы.

195. Вторичный нефросклероз: механизм развития, морфология, исходы.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. ТУБЕРКУЛЕЗ.

196. Туберкулез: возбудители, пути инфицирования. Понятия: "инфицирован-

ность ВК", "заболевание туберкулезом". Факторы, определяющие заболевание туберкулезом.

197. Первичный туберкулезный комплекс: локализация, морфология.

198. Первичный туберкулезный комплекс: морфология заживления. Функциональное значение очагов Гона.

199. Первичный туберкулез. Варианты. Лимфожелезистая генерализация первичного туберкулезного комплекса: ее морфология, исходы.

200. Первичный туберкулез легких. Рост первичного аффекта, морфология, исходы.

201. Гематогенный туберкулез: определение понятия. Гематогенный генерализованный туберкулез: источники, клинико-анатомические формы, исходы.

202. Гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких: источники, клинико-анатомические формы, исходы.

203. Гематогенный туберкулез с внелегочными (органными) поражениями, варианты, осложнения, исходы.

204. Первичный туберкулез легких. Гематогенное прогрессирование первичного туберкулезного комплекса: варианты, морфология, функциональное значение, исходы.

205. Вторичный туберкулез. Реинфект: определение понятия. Варианты реинфектов, механизм их развития, морфология.

206. Вторичный туберкулез: формы – фазы.

207. Вторичный туберкулез. Казеозная пневмония, острый кавернозный туберкулез: локализация, морфология, исходы.

208. Вторичный туберкулез легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез: локализация, морфология, исходы.

ОСОБООПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

209. Особоопасные инфекции: определение понятия, нозологические формы, эпидемиология. Правила вскрытия и захоронения трупов.

210. Сибирская язва: этиология, пути инфицирования, патогенез, клинико-анатомические формы, морфология, причины смерти больных.

211. Чума: этиология, пути инфицирования, клинико-анатомические формы, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

212. Холера: этиология, пути инфицирования, патогенез, клинико-анатомические формы, морфология. Причины смерти больных.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

213. Брюшной тиф: этиология, пути инфицирования, морфогенез, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

214. Дизентерия: этиология, пути инфицирования, морфогенез, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

215. Сальмонеллез: этиология, пути инфицирования, клинико-анатомические формы, морфология осложнения. Причины смерти больных.

216. Сепсис: отличительные признаки сепсиса. Реактологическая теория механизма развития.

217. Септицемия: механизм развития, морфология местных и общих структурных изменений. Входные ворота сепсиса. Септический очаг.

218. Септицемия: механизм развития, морфология местных и общих структурных изменений. Причины смерти больных.

219. Инфекционный эндокардит: этиология, пути инфицирования, формы гриппа. Морфология, осложнения, причины смерти больных.

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

220. Биологические свойства вирусов.

221. Грипп: этиология, пути инфицирования, формы гриппа. Морфология, осложнения, причины смерти больных.

222. Парагрипп. РС – инфекция, аденовирусная инфекция: этиология, пути инфицирования, характерные морфологические признаки, осложнения.

223. Скарлатина: этиология, периоды, морфология, осложнения, причины смерти больных.

224. Дифтерия: этиология, пути инфицирования, клинико-анатомические формы, морфология местных и общих изменений, осложнения. Причины смерти больных.

225. Менингококковая инфекция: этиология, клинико-анатомические формы, морфология, морфология, исходы. Причины смерти больных.

226. Корь: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ.

227. Периодизация и закономерности прогенеза и киматогенеза. Пренатальная патология: этиология, патогенез, закономерности развития.

228. Патология прогенеза и киматогенеза. (гаметопатии и бластопатии): определение понятий, этиология, патогенез, исходы.

229. Эмбриопатии: определение понятия, этиология, классификация. Врожденные пороки ЦНС: этиология, патогенез, морфология, терминология, прогноз.

230. Врожденные пороки сердца: этиология, патогенез. Врожденные пороки с нарушением давления полостей сердца: морфология, осложнения, причины смерти больных.

231. Комбинированные врожденные пороки сердца: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.

232. Врожденные пороки сердца с нарушением деления артериального ствола: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.

233. Фетопатии: определение понятия, этиология, патогенез, классификация. Не инфекционные фетопатии.

234. Гемолитическая болезнь новорожденных: определения понятия, классификация, этиология, патогенез, морфология, исходы.

235. Перинатальный период. Определение понятий недоношенность, Переношенность, мертворожденность, перинатальная смертность. Антенатальный, интранатальный и постнатальный периоды.

236. Синдром дыхательных расстройств: определение понятия, классификация, этиология, морфология.

237. Асфиксия: определение понятия, классификация, этиология, патогенез, морфология, исходы.

2. Ситуационные задачи

Задача №1

Протокол вскрытия 64-РД от 4.04.2001

Больная А. – 26 лет, поступила 2.04.01, дата смерти – 3.04.01.

Клинические данные:

Первобеременная, пришла сама. Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота. Объективно: беременность 40-41 неделя. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тонус матки в норме. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Начиная с 20 часов схваткообразные боли внизу живота, подтекание околоплодных вод, матка периодически в состоянии тонуса. в 3 часа 50 минут – перинеотомия. После одной из потуг резкое ухудшение состояния. Сердцебиение плода - 60 ударов в минуту, аритмия. После перинеотомии самостоятельно родила доношенного мертвого ребенка, через 5 минут выделился послед. Пуповина длиной 40 см, однократно обвита вокруг шеи. Вместе с последом выделилось 200 мл крови. Матка гипотонична, сокращается при массаже. Началось кровотечение. АД - 80/60 мм.рт.ст., пульс 95 ударов в минуту. После массажа матка сократилась, кровотечение остановилось, дно матки на 1 см ниже пупка. 3.04.01 в 5 часов кровотечение внезапно возобновилось, объем кровопотери 3 литра. Матка не сокращается, пульс 120 ударов в минуту, АД 60/20 мм.рт.ст., состояние тяжелое. Пережата брюшная аорта. В 5 часов 30 минут начата операция экстирпация матки без придатков. Повторная кровопотеря до 1 литра. АД 40/0 мм.рт.ст. В 6 часов 30 минут остановка сердца. Реанимация без эффекта, констатирована биологическая смерть.

Клинический диагноз: Роды первые в сроке 40 недель в головном предлежании. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок. ДВС – синдром. Полиорганная недостаточность. Экстирпация матки. Дренирование брюшной полости.

Гистологическое исследование

Плацента: малокровие сосудов, кровоизлияние в децидуальную оболочку, межворсинчатые гематомы.

Матка: малокровие, очаговые кровоизлияния и отек миометрия.

Почка: ЮГА-шунт, дистрофия эпителия канальцев

Миокард: кровоизлияния в эпикарде, стазы, дистрофия и очаговый некроз кардиомиоцитов.

Печень: отек пространств Диссе, жировая дистрофия гепатоцитов, перераспределительный лейкоцитоз.

Патологоанатомический диагноз

Срочные самостоятельные роды мертвым плодом. Острая отслойка нормально расположенной плаценты в родах: короткость пуповины и однократное тугое обвитие ее вокруг шеи плода. Раннее послеродовое кровотечение (2 литра). Ручное обследование полости матки, ушивание слизистой оболочки влагалища, разреза после перинеотомии под общим наркозом. Острый ДВС – синдром. Гипотония матки. Повторное маточное кровотечение (более литра). Операция экстирпация матки без придатков. Геморрагический шок. Постгеморрагическая анемия. Жидкая кровь в полостях сердца и сосудах. Кровянистая жидкость в плевральных полостях (по 300 мл). Имбибиция кровью мягких тканей в зоне послеоперационной раны. Геморрагический диатез.

Патологоанатомический эпикриз

Родильница умерла от геморрагического шока (кровопотеря более 3 литров). Развитие шока обусловлено повторным маточным кровотечением в связи с отслойкой нормально расположенной плаценты. Отслойка плаценты

связана скорее всего с механическим действием – тяжение короткой пуповиной во время родов. Острый ДВС – синдром развился вторично как компонент шока.

Задача №2

Протокол патологоанатомического вскрытия 30Г от 10.08.2000 г

Больной Б-в, 42 года. Поступил 5.08.00 г, дата смерти 10.08.00, проведено 5 суток.

Клинические данные

При поступлении жалобы на повышение температуры тела, слабость, плохой аппетит, тошноту. Кожа и склеры желтушны. Болен в течение 2 недель. С 27.07 повышение температуры, усиление слабости. В прошлом туберкулез позвоночника, гломерулонефрит, дилатационная кардиомиопатия. В ГКБ № 4 диагностирован вторичный амилоидоз почек. АД – 110/70 мм.рт.ст., ЧСС – 106 ударов в минуту, температура нормальная, печень увеличена, болезненна, рвота, с 9.08 – мелена.

В ОАК: Нб-122 г/л, эр -3,6, лейкоциты – $11,8 \cdot 10^9$ /л, п-10, с-74, л-14, м-2, СОЭ-9 мм /ч, билирубин: общий-169,2 ммоль/л, прямой-126 ммоль/л, непрямой 43,2 ммоль/л. АсАТ – 0,92, АлАТ – 1,34. Электролиты: Na-109, К-4,73. Общий белок 63,6 г/л. Остаточный азот – 94,5, мочевины -41,6. На УЗИ – жировой гепатоз, холецистит.

Клинический диагноз: Вирусный гепатит В. Печеночная энцефалопатия. Кардиомиопатия. Хронический пиелонефрит. Вторичный амилоидоз почек, азотемическая стадия. ХПН 3 стадия. СН ФК 2. Туберкулез позвоночника. Рак желудка?

Патологоанатомическое исследование

Печень: порто-портальный и порто-венозный рост соединительной ткани с формированием ложных долек, воспалительный лимфо-плазмодитарный инфильтрат в строме, мелко и крупнокапельная дистрофия гепатоцитов.

Миокард: мелкоочаговый кардиосклероз (в стенке венечных артерий отдельные бляшки), кардиомиоциты с явлениями дистрофии по типу кардиомиоцитолита.

Пищевод: эрозивно-язвенный гнойно-некротический эзофагит.

Створки альвеолярного клапана – полипозно-язвенный подострый эндокардит (микроскопически – утолщение и деформация клапанов).

Легкие: бурая индурация, пневмония.

Почки: утолщение стенок капиллярных петель, местами склероз и гиалинизация отдельных долек, отдельные рубцовые канальцы. Дистрофия и некроз отдельных извитых канальцев.

Патологоанатомический диагноз

Осн: Мелкоузловой прогрессирующий цирроз печени. Паренхиматозная желтуха (клинически билирубинемия). Печеночный гломерулосклероз, нефротический синдром (клинически – азотемия, морфологически – дистрофия и некроз эпителия извитых канальцев). Острый язвенный эзофагит кардиального отдела пищевода. Аррозивное пищеводное кровотечение: свертки и гемолизирующая жидкая кровь в желудке и тонком кишечнике. Анемия внутренних органов

Сочет: подострый инфекционный полипозно-язвенный эндокардит. Дистрофия миокарда и мелкоочаговый кардиосклероз. Выраженное расширение полостей сердца. Бурая индурация и отек легких. Отеки мягких тканей нижних конечностей. Недостаточность сердца. Очаговая лейкоцитарная пневмония левого легкого.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Больной, страдавший сочетанными заболеваниями (цирроз печени и инфекционный эндокардит) умер от осложнений этих заболеваний – аррозивного кровотечения и сердечно-легочной недостаточности.

Задача №3

Протокол патологоанатомического вскрытия 46 Г от 20.07.2000 г

Больная Т-а М., 16 лет. Поступила 6.07.00. Дата смерти 19.07.00

Клинические данные

В возрасте 2,5 лет перенесла вирусный гепатит В (носитель HBSAg). В мае в отделении нефрологии диагностирован пиелонефрит. С 3.07.00 появилась желтуха, слабость, тошнота, боли в животе. Поступила в тяжелом состоянии – отеки, асцит, интоксикация. АсАТ – 1,78, АлАТ – 2,52. Высокий общий билирубин. С 10.07. анурия, прекома, кома.

Клинический диагноз: Вирусный смешанный гепатит С и D отечно-асцитическая форма. Холестаз. Геморрагический синдром. Левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Макроскопические данные. Кровоподтеки в местах инъекций. В брюшной полости

1,8 л транссудата, в плевральных полостях по 500 мл. Печень уменьшена в размерах, крупнобугристая, на разрезе ложные доли. Воротная вена обычной структуры. Вены диафрагмы извиты. Селезенка увеличена (16*10*6 см), плотная, синюшная.

Гистологические данные:

Печень – широкие фиброзные септы, массивные лимфомакрофагальные инфильтраты, проникающие в доли. Выраженная дистрофия и некрозы гепатоцитов, тельца Каунсильмена.

Селезенка – хроническая гиперплазия, хронический венозный застой.

Почки – гломерулосклероз, дистрофия и некроз эпителия канальцев.

Патологоанатомический диагноз:

Активный макро и микронодулярный цирроз печени в исходе гепатитов (С,D). Портальная гипертензия: асцит, спленомегалия, венозное полнокровие желудка и кишок. Выраженная паренхиматозная желтуха (микроскопически выраженные некрозы гепатоцитов). Геморрагический синдром: кровоподтеки в коже, точечные кровоизлияния в серозных и слизистых оболочках. Гепатorenальный синдром (гломерулосклероз, ОПН).

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Больная смешанным активно прогрессирующим циррозом печени умерла от печеночно-почечной недостаточности.

Задача № 4

Протокол патологоанатомического вскрытия 20Г от 29.01.2001 г

Больная Д-а, 38 лет. Поступила 23.02.2001. Дата смерти 28.01.2001

Клинические данные

Больна с 1995 года. Жалобы на боли в мелких суставах рук, онемение и похолодание рук, затруднение глотания. Склеродермия диагностирована с 1996 года. Лечилась регулярно. Объективно: кожа сухая, бледная. В области дистальных фаланг кожа плохо берется в складку. Уплотнение кожи лица и конечностей. АД 80/60 мм.рт.ст. С 27.01 жалобы на кашель со слизистой мокротой и примесью крови, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии. 28.01 с утра ЧСС -110 ударов в минуту, мечется в постели, в легких хрипы. Затем ЧСС – 140, АД – 40/20 мм.рт.ст.

Клинический диагноз:

Системная склеродермия, хроническое течение с поражением кожи (атрофия, индурация), сосудов (синдром Рейно), сердца (миокардиодистрофия, кардиосклероз), серозных оболочек, легких, ЖКТ (атония кишечника), почек (гломерулонефрит). Лимфаденопатия. Стероидная язва желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечением. Пневмония.

Макроскопические данные:

Истощение. Сращение плевральных листков. В правом легком сливные фокусы пневмонии. Дефектов в желудке и двенадцатиперстной кишке нет. Надпочечники истончены.

Гистологическое исследование:

Кожа: стирание границ слоев дермы, выраженный склероз, гиалиноз. Стенки сосудов склерозированы, просвет сужен. Эпидермис атрофирован.

Почки: мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

Миокард: дистрофия кардиомиоцитов, кардиосклероз.

Легкое – гнойная, местами с кровоизлияниями пневмония.

Патологоанатомический диагноз

Системная склеродермия: атрофия и склероз кожи, склероз сосудов микроциркуляции (клинически синдром Рейно). Полиартрит. Хронический гломерулонефрит. Диффузный кардиосклероз. Атрофия надпочечников. Бактериальная крупноочаговая сливная пневмония. Острое венозное полнокровие. Истощение.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Больная системной склеродермией умерла от острой пневмонии.

Задача №5

Протокол патологоанатомического вскрытия 31 НЦКТ от 19.03.2002 г

Больной Ш-в , 64 года. Поступил 7.03.02. Дата смерти 19.03.02 г.

Клинические данные

Поступил с жалобами на загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, под лопатку. С 1987 года страдает подагрой, артритом. Дыхание затруднено, влажные хрипы. Частота дыхания – 19 в минуту. Акроцианоз. ЧСС – 88 ударов в минуту, АД 100/80 мм.рт.ст., ЭКГ – данные за инфаркт. 18.03.02 – желудочное кровотечение (гипохромная анемия, черный стул). В анализах: мочевины 14,0, креатинин -244, белок в моче – 4,85, 25-35 лейкоцитов в поле зрения, единичные эритроциты. 19.03.02 – потеря сознания, АД – 0/0 мм.рт.ст.

Клинический диагноз: КБС. Рецидивирующий инфаркт миокарда перегородки, боковой и нижней стенок левого желудочка. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий. Кардиогенный шок. Пароксизмальная тахикардия. Фибрилляция желудочков 19.03.02, асистолия. Острая аневризма сердца, тампонада. Сопут: ГБ 2 ст., язвенная болезнь желудка, обострение. Подагра. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Осл: Желудочное кровотечение. Анемия. ХПН.

Гистологическое исследование:

Почки: фокусное отложение солей мочевой кислоты в просвете канальцев с перифокальной воспалительной инфильтрацией и очаговым склерозом. Макроскопически очаги поражения небольшие, серовато-желтого цвета.

Миокард: рубцы, фокусы коагуляционного некроза различной давности (с лейкоцитарной инфильтрацией и ростом грануляционной ткани).

Желудок: хроническая язва, хронический глубокий гастрит.

Двенадцатиперстная кишка: хроническая язва

Легкие: полнокровие, склероз межальвеолярных перегородок, отек легких.

Патологоанатомический диагноз:

Гипертоническая болезнь – 3 анатомическая стадия (вес сердца 780 г, толщина стенки левого желудочка – 1,9 см, правого желудочка – 0,5 см). Атеросклероз аорты резко выраженный – 3-4 ст. Коронарная болезнь сердца. Атеросклероз венечных артерий сердца – 3-4 ст., резко выраженный с сужением просвета сосудов. Рубец миокарда задней стенки левого желудочка. Повторные инфаркты миокарда передней, боковой и нижней стенок левого желудочка в стадии некроза. Острая сердечно – сосудистая недостаточность: венозное полнокровие и отек легких, острое венозное полнокровие внутренних органов. Подагра. Подагрический артрит (клинически). Подагрические почки: тофусы, очаговый межпочечный нефрит и нефросклероз. Хроническая почечная недостаточность (субклиническая стадия). Язвенная болезнь – хронические прогрессирующие язвы тела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Желудочное кровотечение (дегтеобразные массы в просвете кишечника). Ожирение 1-2 ст.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Основной патологией, обусловившей смерть больного, является коронарная болезнь сердца. Ее анатомический субстрат – повторные рецидивирующие инфаркты миокарда и острая сердечно-сосудистая недостаточность. Гипертоническая болезнь и ожирение – фоновая патология. Дополняют «букет болезней» подагра и язвенная болезнь.

Задача №6

Протокол патологоанатомического вскрытия 97 НЦКТ от 19.03.2000 г.

Больной Щ-и, 21 год. Поступил 7.09.00. Дата смерти 19.09.00.

Клинические данные

Болен с 29.08.00. После купания в холодной воде вечером отметил повышение температуры тела, озноб. В последующие 3 дня температура 39°C. 4.09.00 госпитализирован в ЧОБ, состояние ухудшилось, переведен в НЦКТ. НА ЭХОКГ выпот в перикарде. На УЗИ в задней стенке левого желудочка эконегативные участки, перикардит. АД 85/60 мм.рт.ст., ЧСС 107 ударов в минуту, ЦВД – 240 мм.вод.ст. Состояние тяжелое, без сознания. Перикардиоцентез 19.09.00, получено 900 мл фибринозно-гнойного экссудата, полость промыта фурацилином. Креатинин 815 ммоль/л. Вскоре после операции остановка сердца.

Клинический диагноз:

Выпотной перикардит неясной этиологии. ОССН. ОПН. Анурия.

Морфологические данные: в верхней полой вене крошкообразные тромбы (в подключичной вене катетер). Отек и гиперемия клетчатки средостения. Перикард покрыт массивными рыхлыми пленками фибрина. В задней стенке левого желудочка гнойник диаметром 3 см.

Гистологическое исследование:

Легкое: отек, скопление сидерофагов.

Перикард: фибринозно-гнойный перикардит, перифокальное воспаление мягких тканей переднего средостения.

Миокард: гнойник с перифокальной массивной лейкоцитарной инфильтрацией, фокусы некроза и дистрофии кардиомиоцитов. В сосудах миокарда и эпикарда – тромбоваскулиты.

Почка: острый абсцесс, незначительно выраженная инкапсуляция.

Патологоанатомический диагноз:

Сепсис, септикопиемия. Острый абсцесс правой почки. Септический тромб почечной вены. Тромбоваскулит эпикарда. Крупноочаговый гнойно-некротический миокардит задней стенки левого желудочка. Перифокальный

медиастинит. Фибринозно-гнойный перикардит. Рана передней грудной стенки после перикардиоцентеза и дренирования полости перикарда (19.09.00г). Паренхиматозная дистрофия. Септическая гиперплазия селезенки. Острое венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Основным заболеванием следует полагать септикопиемию. Септическим очагом послужил абсцесс почки, на что указывает и септический тромб почечной вены. Фибринозно-гнойный перикардит – проявление сепсиса, смерть больного наступила от интоксикации и острой сердечной недостаточности.

Задача №7

Протокол патологоанатомического вскрытия 123 НХЦ от 27.10.2000 г.

Больной К-в, 23 года. Поступил 21.10.00. Дата смерти 27.10.00.

Клинические данные:

Направлен в НХЦ с диагнозом язвенная болезнь желудка. Жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту. Данные симптомы в течение 4 дней. В 1996 году – аппендэктомия. Операция пробной лапаротомии и ревизии органов брюшной полости (21.10). 24.10 появилась желтуха. В ОАК: Нв-113 г/л, эр $4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $11 \cdot 10^9$ /л. Общий билирубин – 92,7 мкмоль/л, прямой 28,3, непрямой-64,4, тимоловая проба–13,9 ед.

Клинический диагноз:

Острый токсический гепатит. ОСН. Цирроз печени. Острая печеночно-почечная недостаточность. Прободной желчный перитонит. Гепатоспленомегалия. Двусторонняя пневмония. Отморожение пальцев обеих стоп.

Морфологическое исследование:

Сердце – размер 10-12 см, толщина стенки левого желудочка 1,6 см, правого 0,4 см. Аортальный клапан – створки деформированы с крошащимися серовато-красными тромботическими наложениями. Микро:

воспалительный инфильтрат – лимфоциты, макрофаги, немного лейкоцитов, имеются мелкие кальцификаты.

Легкие: гнойный бронхит, очаговая лейкоцитарная инфильтрация.

Печень: дистрофия гепатоцитов, дисконкомплексация печеночных балок.

Почки: дистрофия и некроз эпителия извитых канальцев.

Миокард, пальцы стоп на гистологию не взяты. Данные макроскопии примитивны.

Патологоанатомический диагноз:

Подострый инфекционный полипозно-язвенный эндокардит аортального клапана: выраженное разрушение створок клапана, массивные тромботические наложения по их свободному краю. Недостаточность аортального клапана (вес сердца 420 г, толщина стенки левого желудочка – 1,6 см). Септическая гиперплазия селезенки. Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек. Кахексия. Двусторонняя крупноочаговая пневмония. Гангрена пальцев обеих стоп. Ушитая послеоперационная рана передней брюшной стенки после лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (21.10.00г).

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

На основании данных морфологического исследования основным заболеванием следует считать подострый инфекционный эндокардит. Все клинические проявления болезни были обусловлены эндокардитом, не распознаны при жизни. Смерть больного наступила от интоксикации. Показаний для лапаротомии не было.

Задача №8

Протокол патологоанатомического вскрытия 134 НХЦ от 27.11.2000 г.

Больная Т-а, 73 года. Поступила 9.11.00. Дата смерти 27.11.00.

Клинические данные:

В течение месяца желтуха, зуд, тяжесть в правом подреберье, горечь и сухость во рту, запоры, боли в сердце. 9.11. диагностирована на УЗИ желчно-каменная болезнь. В 1959 году операция по поводу внепочечной

беременности, в 1966 году по поводу кисты яичника. Объективно состояние средней тяжести, желтуха. Печень увеличена. В крови увеличение прямого и общего билирубина. 11.11. операция «холецистоеюноанастомоз, межкишечный анастомоз». В области фатерова соска плотный узел. В желчном пузыре 3 камня. В послеоперационном периоде состояние стабилизировалось: уменьшилась желтуха, но сохранилась анемия. ОАК: Эр – $2,2 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 46,5 г,л . 26.11 резкое ухудшение состояния, рвота «кофейной гущей», жидкий черный стул. 27.11- биологическая смерть.

Диагноз направления: Механическая желтуха. Желчно-каменная болезнь. Билиарный цирроз печени. Атеросклеротический кардиосклероз.

Клинический диагноз:

Рак фатерова соска. Механическая желтуха, острая сердечно-сосудистая недостаточность, почечно-печеночная недостаточность. Конкурирующее заболевание: цирроз печени, портальная гипертензия, асцит. Сопутствующее заболевание: КБС, атеросклеротический кардиосклероз.

Гистологическое исследование:

Фатеров сосок, поджелудочная железа: высокодифференцированная аденокарцинома, хронический панкреатит. Желудок: солидный рак, начало прорастания в мышечную оболочку, хронические прогрессирующие язвы. Печень: Холестаз, дистрофия гепатоцитов.

Желчный пузырь: хронический холецистит с обострением, эрозии. Миокард: атеросклеротический кардиосклероз.

Патологоанатомический диагноз

Узловатый рак общего желчного протока, прорастающий в головку поджелудочной железы. Стеноз дистального отдела протока. Механическая желтуха кожи, мягких тканей, органов. Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения. Плотно ушитая рана в правом подреберье со вставленными в нее дренажами, плотно ушитые анастомозы желчного пузыря и кишок после операции «холецистоеюноанастомоз и межкишечный

анастомоз»(11.11.00). Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения. Выраженный холестаз и дистрофия печени.

Конкурирующие заболевания: Хронические язвы антрального отдела желудка (диаметр 1 см); хроническая язва привратника (диаметр 2 см) с перфорацией. Разлитой серозно–фибринозный перитонит. Блюдцеобразный рак задней стенки кардиального отдела желудка. Анемия. Кахексия.

Сопутствующее заболевание: атеросклероз аорты 3 – 4 ст, коронарных артерий 2-3 ст, сужение устья почечной артерии бляшкой. Атрофия левой почки. Атеросклеротический кардиосклероз.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

У больной имел место комплекс заболеваний, в том числе комбинированная основная патология, которая представлена двумя комбинированными основными заболеваниями: раком фатерова сосочка с механической желтухой и хроническими язвами желудка с перфорацией одной из них и развитием перитонита. Операция проведена по показаниям, состояние больной после операции улучшилось, раны зажили. Резкое ухудшение состояния и смерть больной связана с обострением хронических язв желудка, перфорацией одной из язв и развитием перитонита. Язвенная болезнь прижизненно не диагностирована.

Задача №9

Протокол патологоанатомического вскрытия 113 НХЦ от 31.08.2000 г.

Больная X-а, 23 года. Поступила 16.08.00. Дата смерти 31.08.00.

Клинические данные:

На учете не состояла. 4.08.00 в ГПЦ произведена амниотомия, излились грязные воды, через 3 часа роды мертвым плодом массой 820 г. Произведено выскабливание полости матки, удалены остатки плаценты, кровопотеря 200мл. 9.08.00 ухудшение состояния: слабость, носовое кровотечение, кровянистые выделения из матки, олигоурия. 11.08.00 острая почечно-печеночная недостаточность. Диагностированы септический шок, ДВС-синдром, ОПН. 11.08.00 – операция экстирпация матки, выявлено

приращение плаценты в области дна. При гистологическом исследовании – гнойно-некротический эндо- и миометрит. 13.08.00 произведен гемодиализ, 14.08.00 – повторный гемодиализ. 16.08.00 – релапаротомия по поводу нагноившейся культи влагалища и краев операционной раны (в НХЦ), состояние прогрессивно ухудшалось, стойкая анурия, ДВС, мозговая кома. 31.08.00 остановка сердца.

Клинический диагноз:

Неполный выкидыш в сроке беременности 26 недель мертвым плодом. Состояние после экстирпации матки. Генерализованный сепсис. Нагноившаяся культя влагалища с прорывом в малый таз. Серозно-гнойный перитонит. Гематома с нагноением краев операционной раны. ОПН. Септическая пневмония. Полиорганная недостаточность. ДВС-синдром.

Патологоанатомический диагноз:

Беременность 25-26 недель. Амниотомия 4.08.00 в связи с самопроизвольным выкидышем в сроке 26 нед (клинически). Выкидыш мацерированным плодом массой 820 (клинически). Выскабливание полости матки 5.08.00. Острый эндометрит. Сепсис, септицемия. ОПН. Экстирпация матки с трубами (клинически 11.08.00). Релапаротомия 16.08.00 по поводу нагноения культи влагалища и передней стенки живота, разлитого фибринозно-гнойного перитонита. Шок неуточненного генеза. Острый ДВС-синдром: носовое и из ран кровотечение (клинически), гематома тканей краев операционных ран, в местах инъекций, подкапсульные почки, околопочечной клетчатки (паранефральная блокада). Серозно-фибринозный перитонит. Острый гнойно-некротический трахеит (длительная ИВЛ), острый цистит (катетер мочевого пузыря). ОПН. Тотальная пневмония.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Труп умершей женщины исследован после длительного интенсивного лечения (две операции), медицинские манипуляций, ИВЛ, реанимации, сеансов гемодиализа. Это существенно изменило морфологию болезни и обусловило трудности диагностики и трактовки патологии. На основании

клиники можно предполагать развитие после выкидыша сепсиса (септицемии). В клинике болезни доминировали острая дыхательная недостаточность, обусловленная вначале дистресс-синдромом, а затем пневмонией, ОПН с четкой морфологией ЮГА-шунта, ДВС-синдрома. Данная морфология позволяет говорить о шоке. Нельзя исключить возможность токсического генеза шока. Смерть больной наступила от полиорганной недостаточности.

Задача №10

Протокол вскрытия 175РД от 16.11.2001

Больная М., 31 год. Поступила 13.11.01. Дата смерти 16.11.01.

Поступила в роддом г. Токмак 8.11.01. Жалобы на боли внизу живота, слабость, отсутствие шевелений плода. Последние роды (всего 3) мертвым плодом, кровотечение. Данная беременность с анемией. АД 150/110 мм.рт.ст., матка приходит в тонус, сердцебиения плода нет. Роды мертвым плодом, кровопотеря 500 мл. Перелиты эритроцитарная масса, плазма, реополиглюкин. Со 2 суток после родов боли в пояснице, снижение диуреза, отеки. Мочевина 18,8 ммоль/л, остаточный азот 46,5 ммоль/л.

12.11.01. в Чуйском роддоме: состояние тяжелое: интоксикация, анурия, гипертензия. Объективно – анасарка, гематомы в местах инъекций. Частота дыхания – 27 в минуту, АД – 190/120 мм.рт.ст., пульс -108 ударов в минуту, ЦВД – 250 мм.вод.ст. Анурия. Тело матки – 16-17 недель беременности, у внутреннего зева сверток крови (45 мл). ОАК: Нб-32 г/л, лейкоцитов $21,5 \cdot 10^9$ /л, белок 53,2 г/л, креатинин – 86,5 ммоль/л, мочевина – 11,3 ммоль/л, остаточный азот – 30,7, АлАТ – 60, АсАТ – 54, натрий – 120, калий - 6,9. Дважды гемодиализ. 13.11.02 переведена в КНИИАиП в крайне тяжелом состоянии. В связи с развитием комы взята на ИВЛ. В гемостазиограмме - гиперкоагуляция (ДВС-синдром). За все время получено 8 литров мочи. Явления почечной и сердечной недостаточности нарастают. 16.11 – остановка сердца.

Клинический диагноз:

Посттрансфузионный синдром. ОПН. Полиорганная недостаточность. 7 сутки после родов в 32 недели мертвым плодом. Преэклампсия тяжелой степени. Анемия 3 степени. Антенатальная гибель плода.

Гистологическое исследование:

Почки - кортикальный некроз. Дистрофия прямых канальцев, цилиндры в их просвете. Стаз крови в капиллярах, в ЮГА-зоне – кровоизлияния.

Миокард – ишемия, мелкие очаги некроза кардиомиоцитов.

Печень – дистрофия гепатоцитов, сужение просвета синусоидов, лейкоцитоз.

Легкое – отек перегородок альвеол, лейкоциты в капиллярах.

Селезенка – обеднение красной пульпы клетками, кровоизлияния в ней.

Матка – в зоне плацентарной площадки фибриноидный некроз, смешанные тромбы в сосудах. Кровоизлияния миометрий в субмукозной и субсерозной зонах. Набухание интимы артерий.

Патологоанатомический диагноз:

Преэклампсия тяжелой степени в сроке беременности 32 недели. Клинически 6 артериальная гипертензия (АД -150/110 мм. рт.ст.), протеинурия (белок 0,9 г/л), отеки, хроническая анемия (Нв – 67 г/л, эритроциты – $2,7 \cdot 10^{12}/л$). Антенатальная гибель плода- клинически. Послеродовое кровотечение (500 мл). ДВС-синдром – фаза гиперкоагуляции (клинически). ОПН – тотальный кортикальный некроз почек, азотемия (остаточный азот 51,1, мочевины – 18,4, креатинин – 540,1). Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени. Анемия. Врожденное удвоение лоханок и мочеточников. Нефроптоз.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Основным заболеванием следует считать преэклампсию, которая документируется комплексом перечисленных в анатомическом диагнозе признаков. Преэклампсия обусловила антенатальную смерть плода. Связанные с гестозом гиповолемия и анемия определили развитие ДВС – синдрома и нарушение гемодинамики в почках, что привело к развитию

ОПН. Клиническая диагностика ОПН запоздала, что в известной мере обусловило неэффективность терапии и смерть больной.

Задача №11

Протокол вскрытия 55НХЦ от 15.05.2000 г.

Больная А., 35 лет. Поступила 29.04.2000. Дата смерти 14.05.2000 г.

Клинические данные

29.04.00 больная переведена из инфекционной больницы с жалобами на боли в пояснице, слабость, повышение температуры. Объективно: состояние средней тяжести, заторможена. Кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм.рт.ст., пульс 94. В легких жесткое дыхание, хрипы.

Из анамнеза: 11.03.00 срочные роды (в г. Балыкчы). В течение 7 дней не могла ходить, получала антибактериальную терапию. После лечения в НХЦ выписана с улучшением. 17.03 больная упала, после чего появились боли в пояснице. Высказано предположение о сальмонеллезе, диагноз отвергнут в РКБ. 29.03.00 в НХЦ диагностируется послеродовый сепсис. На УЗИ метрозэндометрит, острый пиелонефрит. Анализ крови: эритроциты – $2,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $49 \cdot 10^9/л$, с-79, п -7, м -2, СОЭ – 40 мм/ч. В моче белок – 0,66 г/л, эпителий – 4,5 в п/з, бактерии. Рентгенологически картина пневмонии. В крови: белок – 48 г/л, К – 3, Na – 112,1, сахар – 6,2 ммоль/л, мочевины – 10 мкмоль/л, креатинин – 70,8, тимоловая проба – 6, 82. Диагностирован пиелонефрит, уросепсис, бактериальный эндокардит.

Клинический диагноз

Хронический пиелонефрит в стадии обострения. ХПН – 1 стадия. Бактериальный септический эндокардит. Уросепсис. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Экссудативный плеврит. Острая сердечная и дыхательная недостаточность. Эмболия легочной артерии.

Гистологическое исследование:

Матка – подострый гнойный эндометрит, васкулиты и частично септические, частично организованные тромбы миометрия.

Клетчатка малого таза – септический тромбы вен, флебит.

Легкие – множественные инфаркты различного возраста в состоянии нагноения, абсцедирующая рассеянная пневмония. Септические тромбоэмболы артерий.

Почки – интерстициальный пиелонефрит, мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

Патологоанатомический диагноз:

Гинекологический сепсис – септикопиемия. Послеродовый подострый эндометрит и миометрит. Септические тромбы сосудов миометрия и клетчатки малого таза. Массивный полипозно–язвенный с кальцинозом эндокардит трикуспидального клапана с сужением атриовентрикулярного отверстия. Полипозно–язвенный эндокардит митрального клапана. Очаговый интерстициальный гнойный миокардит. Септические тромбоэмболы мелких ветвей легочной артерии: множественные инфаркты легких с абсцедированием и перифокальной пневмонией. Правосторонний фибринозно – гнойный плеврит в состоянии организации. Септическая гиперплазия и множественные инфаркты селезенки. Диффузный пиелонефрит с мелкими абсцессами и инфарктами. Геморрагическая сыпь кожи туловища и конечностей. Анасарка. Тромбоэмболия основных ветвей артерии обоих легких.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

На основании данных вскрытия и гистологического исследования основным заболеванием следует полагать длительно текущий сепсис. О маточном генезе сепсиса свидетельствует эндометрит, септические тромбы сосудов миометрия и клетчатки малого таза. Длительно протекающей септикопиемией объясняются все клинические проявления патологии родильницы. На длительность течения указывает характер структурных изменений клапанов (кальциноз), а также разная давность структурных изменений легких. Смерть больной наступила от тромбоэмболии легочной артерии.

Задача №12

Протокол вскрытия 7РД2 от 9.01.2002 г.

Больная Б-а, 25 лет. Поступила 8.01.02. Дата смерти 8.01.02.

Клинические данные:

Поступила с жалобами на одышку, першение в горле, сухой кашель, боль в грудной клетке. С 7.01.02 жидкий стул. Заболела остро 6.01.02. Из анамнеза: 16.12.01 – срочные роды. В послеродовом периоде температура – 38°C. Проведено выскабливание полости матки, антибактериальная терапия. 29.12.01. выписана в удовлетворительном состоянии. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, температура – 37,5°C. Акроцианоз, дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, справа крепитация, пульс 100 ударов в минуту, АД – 100/80 мм.рт.ст., гиперемия зева.

Матка размером 10-11 недель, тестоватой консистенции, своды глубокие, выделения серозные.

На УЗИ - эндометрит. В ОАК – палочкоядерных лейкоцитов – 10. В 20.40 резкое ухудшение состояния – дыхательная недостаточность, спутанное сознание, цианоз, нитевидный пульс, ржавая пена изо рта. Реанимация без эффекта.

Заключительный диагноз:

ОРВИ. Двусторонняя пневмония, возможно специфической этиологии. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Поздние послеродовый период – вялотекущий эндометрит.

Гистологическое исследование:

Почки – дистрофия эпителия канальцев.

Миокард – дистрофия кардиомиоцитов.

Печень - дистрофия гепатоцитов, полнокровие центра долек.

Трахея – геморрагически-некротический трахеит.

Легкое – сливная, прогрессирующая серозно-геморрагическая пневмония с очагами некроза, бактериями. Серозно-лейкоцитарный плеврит.

Мозг – стаз крови в сосудах микроциркуляторного русла, периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Матка – послеродовая инволюция эндометрия.

Патологоанатомический диагноз:

ОРВИ – вирусно–бактериальная форма. Острый геморрагически-некротический трахеит. Острая двусторонняя крупноочаговая сливная пневмония (серозно– геморрагическая и лейкоцитарная гистологически). Двусторонний серозно-фибринозный плеврит (350 мл слева, 500 мл справа). Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек. Отек головного мозга.

Фон: послеродовый период - 23 сутки после срочных самостоятельных родов, инволюция матки.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Основным заболеванием, обусловившим смерть больной, на основании клинических и морфологических данных следует полагать тяжелую вирусно-бактериальную форму гриппа. Тяжелое течение гриппа могло в определенной мере быть связано с осложнениями послеродового периода.

Задача №13

Протокол вскрытия 20г от 23.02.2001 г.

Больной А., 78 лет. Поступил 12.02.01. Дата смерти 22.02.01.

Клинические данные:

Поступил в тяжелом состоянии: приступы удушья, снижение диуреза, отеки, диффузный цианоз. Дыхание ослаблено. Влажные и сухие хрипы. Частота дыхания – 32 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. После лечения состояние улучшилось, но 21.02 внезапно потерял сознание. Невропатолог диагностировал острое нарушение мозгового кровообращения, гемипарез.

Клинический диагноз:

Хронический обструктивный бронхит в фазе обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. Хроническая легочно-сердечная недостаточность в стадии декомпенсации. Вторичный эритроцитоз.

Сопут: Коронарная болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных артерий.

Осл: Тромбоз средней мозговой артерии. Гемипарез. Отек мозга.

Гистологическое исследование:

Миокард: кардиосклероз, дистрофия кардиомиоцитов.

Легкое: хронический бронхит с разрушением хряща, диффузная везикулярная эмфизема, пневмосклероз – перибронхиальный, периваскулярный, межальвеолярных перегородок. Утолщение и склероз стенок легочных артерий различного калибра. Хроническое венозное полнокровие.

Печень: мускатный цирроз.

Селезенка: хроническое венозное полнокровие.

Патологоанатомический диагноз:

Осн: Хронический слизисто-гнойный обструктивный бронхит в состоянии обострения. Обструктивная эмфизема легких. Диффузный сетчатый пневмосклероз. Склероз мелких ветвей легочной артерии. Вторичная легочная гипертония. Легочное сердце: гипертрофия миокарда правого желудочка (толщина стенки 0,7 см, масса сердца 400 г).

Сопут: Коронарная болезнь сердца. Атеросклероз аорты резко выраженный коронарных артерий III – IV ст. Постинфарктный кардиосклероз.

Осл: Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность: мускатный цирроз печени. Застойное уплотнение почек и селезенки. Водянка серозных полостей, отек мягких тканей нижних конечностей. Полнокровие и отек легких, отек головного мозга.

Клинико-анатомический эпикриз:

На основании клинических и морфологических данных следует полагать наличие сочетанной патологии – хронического бронхита и КБС. Смерть больного наступила от острой легочно-сердечной недостаточности, финишировавшей гипоксическим отеком мозга.

Задача №14

Протокол вскрытия 7НХЦ от 7.01.2002 г.

Больная А., 37 лет. Поступил 27.12.01. Дата смерти 3.01.02.

Клинические данные:

18.12 поступила в Кочкорскую ЦРБ с преждевременным излитием околоплодных вод. 22.12 – самостоятельные роды недоношенным плодом массой 2000 г, ребенок умер.

Безводный период 4 суток. Роды осложнились разрывом шейки матки 3 степени и кровотечением. Разрыв ушит, произведено ручное обследование и выскабливание полости матки. Повторное наложение швов, назначена инфузионная и антибактериальная, проба на пенициллин – аллергическая реакция. Предложена операция от которой больная и родственники отказались. Переведена в НХЦ 27.12.01. При поступлении резкая слабость, боли под лоном, температура 37, лохи, олигурия, затрудненное мочеиспускание. В анамнезе 9 беременностей, 6 родов. АД -100/60 мм.рт.ст, пульс 94 удара в минуту.

Анализ крови: эритроциты – $1,92 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 63 г/л, лейкоцитов $9 \cdot 10^9/л$, СОЭ 55 мм/ч

Анализ мочи: лейкоцитов 12 в п/з

Объективное исследование: деформация шейки матки, лимфатические узлы справа увеличены. Реаниматолог расценил состояние как средней тяжести. Выявлена пастозность нижних конечностей, ослабление дыхания справа. Анемия 3 степени. На УЗИ острый метроэндометрит, экссудативный плеврит. Спленомегалия. На рентгенограмме в верхних долях легких рассеянная пневмония. При пункции плевры получено 150 мл мутной жидкости. Температура тела 39°C, боли внизу живота, одышка в покое. 29.12 офтальмолог диагностирует иридоциклит и хориоретинит. 31.12.01 резкая одышка – на Rg – диагностирован абсцесс легкого.

Шейка разможена, многие швы несостоятельны, с гнойным налетом. Разрыв шейки переходит на параметрий спереди. 2.01 операция экстирпация

матки с левыми придатками, дренирование брюшной полости, левого пахового канала. 3.01.02 экстубация, АД 90/60 мм.рт.ст., мочи нет, клиника полиорганной недостаточности, ЦВД – 269 мм.вод. ст. В 18.00 - ИВЛ, в 18.40 остановка сердца, в 19.00 – смерть.

Заключительный диагноз:

Острый послеродовый гнойный эндометрит. Разрыв шейки матки 3 степени. Гематома левого параметрия и бокового канала с нагноением. Сепсис. Полиорганная недостаточность. Интоксикация.

Патологоанатомический диагноз:

Преждевременные роды 22.12.01. Разрыв шейки матки 3 степени, осложненный кровотечением (клинически). Прорезывание швов ушитого разрыва шейки матки. Острый гнойный параметрит слева. Сепсис, септикопиемия – метастатические абсцессы легких, миокарда, почек. Острый полипозно-язвенный эндокардит трехстворчатого и аортального клапанов. Септическая гипертрофия органов. Ушитая со вставленными дренажами рана передней брюшной стенки после операции лапаротомии, экстирпации матки, дренирования брюшной полости 2.02.02.

Гистологическое исследование:

Матка: острый гнойный эндометрит. Параметрий: гнойный параметрит, септический тромбартериит и тромбофлебит. Миокард: абсцессы, полипозно-язвенный эндокардит.

Легкое: абсцессы. Селезенка: септическая гиперплазия. Мозг: отек

Клинико-анатомический эпикриз:

У беременной роды осложнились разрывом шейки матки 3 степени и кровотечением (объем кровопотери не указан). Разрыв был ушит, швы прорезались, повторно ушит. Разрыв шейки привел к гематоме параметрия. Кольпит и эндометрит обусловили нагноение гематомы и развитие сепсиса, послужившего причиной смерти. Диагностика нагноения гематомы несвоевременная. Диагноз совпадает.

Задача №15

Протокол вскрытия 117НХЦ от 21.10.2000 г.

Больная А., 27 лет. Поступил 21.10.00. Дата смерти 21.10.00.

Клинические данные:

Поступила с диагнозом «Сепсис, острый послеродовый эндометрит».

Жалобы на общую слабость, температура 38°C. Сухость во рту. Кашель, боли внизу живота и грудной клетке, одышка. Неподвижность левых конечностей. 17.10 – преждевременные роды в сроке 30-31 неделя беременности, 18.10 появились боли в области лонного сочленения, боли и неподвижность левых конечностей. 19.10 состояние ухудшилось, появились боли в грудной клетке, повысилась температура тела.

Объективно: состояние тяжелое, одышка в покое, бледность кожных покровов. Дыхание жесткое, в нижних отделах влажные хрипы. Пульс 140 в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. На рентгенограмме по всему контуру легких затемнения. В ОАК: Нб – 106 г/л, эритроцитов $3,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитов $27 \cdot 10^9/л$, п-17, м-4, л24. Состояние больной непрерывно ухудшалось, прогрессировала дыхательная недостаточность. 20.10.00 в 16.30 крайне тяжелое состояние, а в 1.00 – биологическая смерть.

Клинический диагноз:

Состояние после преждевременных родов (3 сутки). Послеродовый эндометрит. Двусторонняя пневмония. Респираторный дистресс-синдром («шоковые легкие»). Острая дыхательная недостаточность. Туберкулез легких.

Макроскопические изменения:

Отек головного мозга, точечные кровоизлияния. Очаговых изменений нет. Под висцеральной плеврой множественные кровоизлияния. Легкие тяжелые, неравномерной плотности. На всем протяжении легких рассеяны просовидные очажки. С поверхности разреза стекает розовая пеннистая жидкость. Селезенка дряблая с обильным соскобом. Почки с картиной ЮГА-шунта. Матка 13*8*6 см, рыхловатой консистенции. Эндометриальная

поверхность тусклая. Сероватого цвета, местами крошковатая, местами с кровоизлияниями.

Гистологическое исследование:

Матка – некротический эндометрит, септические тромбы сосудов миометрия, отек, кровоизлияния.

Легкие – фокусы гнойно-некротической пневмонии с колониями бактерий, септические тромбы в мелких артериях. Венозное полнокрывие, отек.

Мозг – перицеллюлярный и перваскулярный отек.

Селезенка – септическая гиперплазия.

Патологоанатомический диагноз:

Беременность. Преждевременные роды в сроке 30-31 неделя. Сепсис, септикопиемия. Острый послеродовой эндометрит. Септические тромбы в сосудах миометрия. Септические эмболы в артериях легких. Рассеянная мелкоочаговая гнойно-некротическая пневмония, отек и множественные кровоизлияния в легких. Резко выраженная паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек.

Септическая гиперплазия селезенки. Анемия кожи и внутренних органов. Отек головного мозга.

Клинико-анатомический эпикриз:

Морфологически (на вскрытии и гистологически) выявлены признаки гинекологического сепсиса, обусловившего смерть больной.