



Секционный курс

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Патологической анатомии**

Учебный план: 31050250_15_2.fpd.rlx
31.05.02 Педиатрия

Квалификация **специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 36
самостоятельная работа 36

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 12

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	12 (6.2)		Итого	
	20			
Неделя	уп	рпд	уп	рпд
Практические	36	36	36	36
Итого ауд.	36	36	36	36
Контактная	36	36	36	36
Сам. работа	36	36	36	36
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии МФ КРСУ, Турганбаев Ж.Т.; к.м.н., доцент, зав. кафедрой патологической анатомии МФ КРСУ, Ахметова М.И.

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической физиологии МФ КРСУ, Какеев Б.А.; д.м.н., профессор, зав. кафедрой судебной медицины КГМА, Мукашев М.Ш.; д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии КГМА, Сатылганов И.Ж.

Рабочая программа дисциплины

Секционный курс

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02 Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Патологической анатомии

Протокол от 18.05 2015 г. № 9

Срок действия программы: уч.г.

Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16 11 2016 г.

Зарь

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры **Патологической анатомии**

Протокол от 19 05 2016 г. № 9
Зав. кафедрой

Алекс

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
14 10 2017 г.

Слюнов

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры **Патологической анатомии**

Протокол от 29 05 2017 г. № 10
Зав. кафедрой

Алекс

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
12 10 2018 г.

Слюнов

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры **Патологической анатомии**

Протокол от 28 08 2018 г. № 1
Зав. кафедрой

Алекс

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
04 09 2019 г.

Слюнов

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Патологической анатомии**

Протокол от 27 08 2019 г. № 1
Зав. кафедрой

Алекс

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Ознакомление студентов с организацией и ролью патологоанатомической службы в практическом здравоохранении. Углубленное формирование клинико-морфологического мышления врача любой специальности.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Акушерство и гинекология
2.1.2	Госпитальная хирургия
2.1.3	Инфекционные болезни
2.1.4	Офтальмология
2.1.5	Оториноларингология
2.1.6	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
2.1.7	Профессиональные болезни
2.1.8	Урология
2.1.9	Факультетская терапия
2.1.10	Факультетская хирургия
2.1.11	Эндокринология
2.1.12	Общая хирургия
2.1.13	Патологическая анатомия
2.1.14	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.15	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.16	Медицина катастроф
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Фтизиатрия
2.2.2	Доказательная медицина
2.2.3	Судебная медицина

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ОПК-6: готовностью к ведению медицинской документации****Знать:**

Уровень 1	Законодательство РФ и КР в сфере здравоохранения. Основы законодательства РФ, КР и нормативные документы Минздрава РФ и КР, регламентирующие деятельность врача по специальности «Патологическая анатомия».
Уровень 2	Основы действующего законодательства о здравоохранении и патологоанатомической службе, порядок проведения патологоанатомического вскрытия трупа.
Уровень 3	Понятие о диагнозе, принципы построения клинического и патологоанатомического диагноза и клинико-анатомического сопоставления

Уметь:

Уровень 1	Правильно кодировать данные о заболеваемости и смертности (МКБ)
Уровень 2	Обосновывать проведение или отмену патологоанатомических вскрытий
Уровень 3	Проводить анализ клинических данных (данных истории болезни), морфологических данных (данных протокола вскрытия), применяя законы формальной логики

Владеть:

Уровень 1	Владеть принципами формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов с учетом требований МКБ
Уровень 2	Макро-микроскопической диагностикой патологических процессов
Уровень 3	Правилами составления протоколов вскрытия, принципами сопоставления и оформления клинических и патологоанатомических диагнозов

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
------------	---------------

3.1.1	Организационную структуру, задачи и систему мероприятий патологоанатомической службы в практическом здравоохранении;
3.1.2	Организацию и правовую основу патологоанатомических вскрытий;
3.1.3	Принципы и методы исследования биопсийного материала, правила направления биоптатов и операционного материала в патогистологическую лабораторию;
3.1.4	Структуру и логику диагноза на всех этапах его постановки;
3.1.5	Принципы формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов (с учетом некоторых требований Международной классификации болезней);
3.1.6	Понятие «ятрогении» и ее возможное место в диагнозе больного;
3.1.7	Принципы сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов;
3.1.8	Категории расхождения диагнозов;
3.1.9	Положение о лечебно-контрольной комиссии. Положение о клинико-патологоанатомической конференции;
3.1.10	Правила оформления и выдачи медицинского свидетельства о смерти;
3.1.11	Деонтологические аспекты, возникающие при организации или отмене патологоанатомического вскрытия, выдаче медицинского свидетельства о смерти, заключения по биопсии.
3.2	Уметь:
3.2.1	Обосновать проведение или отмену патологоанатомического вскрытия;
3.2.2	Оформлять направление на исследование биопсийного и операционного материала и оценивать их результат;
3.2.3	Оформлять прижизненный и посмертный клинические диагнозы;
3.2.4	Выделять понятия: механизм смерти, непосредственная причина смерти, основная причина смерти;
3.2.5	Проводить клинико-морфологический анализ результатов вскрытия;
3.2.6	Проводить сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов;
3.2.7	Определять характер ошибок клинической диагностики и устанавливать категорию расхождения диагнозов;
3.2.8	Заполнять медицинское свидетельство о смерти.
3.3	Владеть:
3.3.1	Базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности;
3.3.2	Способностью анализировать значимость патологической анатомии на современном этапе
3.3.3	Макроскопической диагностикой патологических процессов;
3.3.4	Микроскопической (гистологической) диагностикой патологических процессов;
3.3.5	Навыками клинико-анатомического анализа.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Структура, цели и задачи патологоанатомической службы в системе здравоохранения						
1.1	Структура, цели и задачи патологоанатомической службы в системе здравоохранения /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.2	Структура, цели и задачи патологоанатомической службы в системе здравоохранения /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	Ознакомиться с законодательством КР и РФ
1.3	Нормативная документация, регламентирующая деятельность патологоанатомической службы /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.4	Нормативная документация, регламентирующая деятельность патологоанатомической службы /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	Знать нормативные документы, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы

1.5	Законы формальной логики в диагностике. Формы логического мышления. Алгоритм диагностического процесса. /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.6	Законы формальной логики в диагностике. Формы логического мышления. Алгоритм диагностического процесса. /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.7	Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.8	Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.9	Международная классификация болезней в онкологии (МКБ-О) /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.10	Международная классификация болезней в онкологии (МКБ-О) /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.11	Классификация наследственных заболеваний человека ОМIM /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.12	Классификация наследственных заболеваний человека ОМIM /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.13	Нозология. Экологическая патология и экологическая нозология. Микроэлементозы /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.14	Нозология. Экологическая патология и экологическая нозология. Микроэлементозы /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	Понятие о нозологии
1.15	Диагноз (клинический, патологоанатомический). Структура диагноза. /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.16	Диагноз (клинический, патологоанатомический). Структура диагноза. /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	Структура клинического диагноза
1.17	Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов. Диагностические ошибки. /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.18	Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов. Диагностические ошибки. /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.19	Клинико-анатомическая конференция. /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.20	Клинико-анатомическая конференция. /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.21	Деонтологические аспекты в патологоанатомической практике /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.22	Деонтологические аспекты в патологоанатомической практике /Ср/	12	1,7	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.23	Классификация и определение категорий ятрогений /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	
1.24	Классификация и определение категорий ятрогений /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.1Л2.1Л3.1 Э1	0	Понятие о ятрогении
	Раздел 2. Секционнo - биопсийный раздел						

2.1	Вскрытие. Методы вскрытия. Техника вскрытия. /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.2	Вскрытие. Методы вскрытия. Техника вскрытия. /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	Онакопиться с техникой детского вскрытия
2.3	Протокол патологоанатомического вскрытия /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.4	Протокол патологоанатомического вскрытия /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.5	Клинико-анатомический эпикриз. /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.6	Клинико-анатомический эпикриз. /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.7	Прижизненная морфологическая диагностика. Цели, задачи и методы. /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.8	Прижизненная морфологическая диагностика. Цели, задачи и методы. /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	Повторить методы окраски гистологических препаратов
2.9	Правила направления биопсийного материала на исследование /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.10	Правила направления биопсийного материала на исследование /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.11	Клинико-анатомический разбор диагностических и операционных биопсий /Пр/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	
2.12	Клинико-анатомический разбор диагностических и операционных биопсий /Ср/	12	2	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1	0	
2.13	/КрТО/	12	0,3		Л1.1	0	
2.14	/ЗачётСОц/	12	0	ОПК-6	Л1.Л2.Л3. 1 Э1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

ЗНАТЬ:

Раздел 1. «Структура, цели и задачи патологоанатомической службы в системе здравоохранения»:

1. Задачи патологоанатомической службы в системе здравоохранения.
2. Структура патологоанатомической службы.
3. Какие случаи подлежат разбору на клинико-патологоанатомических конференциях?
4. Кто отвечает за организацию и проведение конференции, кто основные докладчики на конференции?
5. Дайте характеристику 1, 2, 3 категории расхождения диагнозов.
6. Перечислите в последовательности разделы диагноза больного.
7. Дайте определение основного заболевания в диагнозе больного (прижизненного и посмертного).
8. Что записывается в первый раздел диагноза больного, кроме названия заболевания?
9. Дайте определение конкурирующего заболевания, укажите его место в диагнозе?
10. Дайте определение сочетанного заболевания, укажите его место в диагнозе.
11. Дайте определение фонового заболевания, укажите его место в диагнозе.
12. Дайте определение понятия «вторая болезнь», укажите его место в диагнозе.
13. Дайте характеристику понятия «проявления основного заболевания», укажите их место в диагнозе.
14. Дайте характеристику понятия «осложнения основного заболевания».
15. В каком порядке записываются осложнения основного заболевания, если их много?

16. Дайте определение сопутствующих заболеваний.
17. Дайте определение понятия «диагноз больного».
18. Дайте определение понятий «механизм смерти», «непосредственная причина смерти», «основная причина смерти».
19. Через какое время после наступления смерти в стационаре разрешается производить патологоанатомическое вскрытие?
20. Какие сопроводительные документы прилагаются в случае смерти больного, при поступлении в трупа в морг
21. Кто должен присутствовать на вскрытии трупов разного профиля
22. Что такое история болезни
23. Чем отличается патологоанатомический диагноз от посмертного клинического?

Раздел 2. «Секционный - биопсийный раздел»

1. Правила вскрытия трупов;
2. Правила забора аутопсийного материала
3. Цель гистологического исследования аутопсийного материала
4. Что из себя представляет протокол вскрытия
5. Рубрики протокола
6. Биопсия и операционный материал; определение понятий.
7. Правила взятия биопсийного материала. Основные требования к биопсийным материалам.
8. Правила направления; маркировки и фиксации биопсийного материала.
9. Фиксирующая жидкость.
10. Правила ответа патологоанатомом на биопсию и операционный материал.
11. Возможности использования патологоанатомического исследования в клинике.
12. Случаи патологоанатомических вскрытий, выносимые на КАК.
13. Задачи участников КАК: клинициста, патологоанатома, рецензента, председателя.
14. Биопсии. Определение. Виды биопсий
15. Техника гистологической диагностики биопсийного материала
16. Правила забора и исследования операционного материала
17. Техника гистологического исследования операционного материала
18. Правила оформления патогистологического диагноза

Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ, ВЛАДЕТЬ:

1. Оформить протокол вскрытия
2. Обосновать патологоанатомический эпикриз
3. Оформить запись в медицинском свидетельстве о смерти при наличии комбинированного основного заболевания (конкурирующие, сочетанные, фоновые)?
4. Указать место «второй болезни» из диагноза в медицинском свидетельстве о смерти.

СПИСОК МИКРОПРЕПАРАТОВ

1. Некроз эпителия извитых канальцев почки
2. Инфаркт миокарда
3. Базедова струма щитовидной железы
4. Жировая дистрофия печени
5. Подагра
6. Диапедезные кровоизлияния в мозг
7. Геморрагическая инфильтрация слизистой оболочки матки
8. Эмболический абсцесс мозга
9. Сифилитическая гумма аорты
10. Гигантоклеточный гепатит
11. Туберкулез легких
12. Хронический холецистит с обострением
13. Флегмонозный аппендицит
14. Энцефалит
15. Крупозная пневмония микробный отек с переходом опеченения
16. Крупозная пневмония серое опеченение
17. Кардиосклероз
18. Веретенноклеточная саркома
19. Аденокарцинома матки
20. Метастаз рака в легкое
21. Кистозная опухоль яичника
22. Меланома
23. Плоскоклеточный неороговевающий рак
24. Плоскоклеточный рак легкого
25. Почечно-клеточный рак
26. Метастаз аденокарциномы в печень
27. Плоскоклеточный ороговевающий рак
28. Базалиома

29. Меланома
30. Инфаркт миокарда
31. Геморрагический инфаркт
32. Ревматический миокардит
33. Хроническая язва желудка
34. Эмболический абсцесс мозга
35. Абсцедирующая пневмония при гриппе

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:

1. Патология, вызванная факторами окружающей среды и питанием
2. Значение окружающей среды в патологии человека.
3. Загрязнение воздуха. Роль в патологии человека
4. Химические и лекарственные воздействия.
5. Побочные реакции на лекарственные препараты (предсказуемые и непредсказуемые). Лекарственная патология. Ятрогенная лекарственная патология.
6. Экзогенные эстрогены и оральные контрацептивы: возможные негативные эффекты.
7. Вредоносные эффекты от применения нетерапевтических средств.
8. Заболевания, вызванные физическими факторами.
9. Болезни, связанные с питанием.
10. Нарушение потребления витаминов.
11. Диета и системные заболевания. Диета и рак. Пищевые добавки, проблемы контроля за их использованием.
12. Основные положения учения о диагнозе.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы учебным планом не предусмотрены

5.3. Фонд оценочных средств

1. Вопросы для собеседования в пункте 5.1.
2. Тесты в приложении 4
3. Микропрепараты - перечень в пункте 5.1.

4. ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:

1. Патология, вызванная факторами окружающей среды и питанием
2. Значение окружающей среды в патологии человека.
3. Загрязнение воздуха. Роль в патологии человека
4. Химические и лекарственные воздействия.
5. Побочные реакции на лекарственные препараты (предсказуемые и непредсказуемые). Лекарственная патология. Ятрогенная лекарственная патология.
6. Экзогенные эстрогены и оральные контрацептивы: возможные негативные эффекты.
7. Вредоносные эффекты от применения нетерапевтических средств.
8. Заболевания, вызванные физическими факторами.
9. Болезни, связанные с питанием.
10. Нарушение потребления витаминов.
11. Диета и системные заболевания. Диета и рак. Пищевые добавки, проблемы контроля за их использованием.
12. Основные положения учения о диагнозе.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Собеседование
3. Тесты
4. Микропрепарат
5. Реферат
6. Шкалы оценивания в приложении

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**6.1. Рекомендуемая литература****6.1.1. Основная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	А.И.Струков В.В.Серов	Патологическая анатомия: учебник	ГЭОТАР-Медиа 2014

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Турганбаев Ж.Т., Ахметова М.И.	Клиническая анатомия: Учебно-методическое пособие	Камила Принт, Бишкек 2015

6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.1	Каминский Ю.В., Тимошенко В.С., Полушин О.Г.	Учебно-методическое пособие по патологической анатомии и биопсийно-секционному курсу : Пособие	Медицина ДВ, Владивосток 2005
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза»		http://www.studmedlib.ru;
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – под контролем преподавателя, самостоятельное проведение вскрытий с клинико-морфологическим анализом его результатов: механизмов смерти, непосредственной и основной причины смерти, взятие аутопсийного материала, его диагностическое гистологическое исследование, оформление протокола вскрытия, сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Вырезка и описательная характеристика операционного материала. Традиционные образовательные технологии, ориентированы прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординатором в готовом виде и предназначены для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов.		
6.3.1.2	Информационные образовательные технологии – использование ординатором компьютерной техники и интернет-ресурсов для самостоятельного освоения практических навыков		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	Электронная библиотека ОмГМУ: http://webLib.omsk-osma.ru/;		
6.3.2.2	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»: http://www.knigafund.ru ;		
6.3.2.3	ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» http://www.studmedlib.ru;		
6.3.2.4	Научная электронная библиотека: http://elibrarv.ru/defaultx.asp;		
6.3.2.5	База данных Scopus: http://www.vv.scopus.com		
6.3.2.6	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова. Режим доступа: http://www.scsml.rssi.ru;		
6.3.2.7	Сайт Российского общества патологоанатомов [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.patolog.ru;		
6.3.2.8	The Internet Pathology Laboratory for Medical Education [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html .		
6.3.2.9	Virtual Slide Database Portals [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.path.uiowa.edu/virtualslidebox:		
6.3.2.10	Pathology education resource [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://peir2.path.uab.edu/pdl/dbra.cgi?uid=default&view=searched:		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Лекционная аудитория на 90 посадочных мест, учебные аудитории (на 48 посадочных мест) – ул. Байтик Батыра 1, РЦПЗ, корпус бывшей патогистологической лаборатории. Средства обучения: Микроскопы, мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор) 2 персональных компьютера с монитором, подключение к сети Интернет. Демонстрационные материалы: 300 макропрепарата и 1000 микропрепаратов, 1500 таблиц, мультимедийные презентации. Учебные доски; Аудиосистема;
7.2	Лаборатория «Экспериментального моделирования патологических процессов» - аудитория 2.9 ул. Л. Толстого 1 А. Оборудование: холодильник, термостат, дистиллятор, весы лабораторные, микроскоп, электрокардиограф, шкаф сушильный, набор инструментов (ножницы хирургические, пинцеты разные, корнцанги, зажимы и др.), комплект химпосуды (пробирки, колбы, пипетки и др.), дощечки для фиксации животных, пульсоксиметр, барокамера, глюкометр, пламенный фотометр, коагулограф, термостат, коагулометр.
7.3	Центр интегративного и практического обучения - Аламедин-1, ул. Звенигородская 31/5. Оснащение центра: комната инженерно-технического персонала (Операторская). Зал для обучения практическим навыкам, с комплектом манекенов-симуляторов в количестве 63 шт. Аппаратно-программный комплекс «Интерактивный анатомический стол «Пирогов»», работающий в трех режимах: 1) модуль «Просмотр» - пространственное ориентирование 3D модели человека; 2) модуль «Сравнения» - выбор объектов для сравнения (норма, патология, предпочтения); 3) модуль «Проверка знаний» - создание собственных тестов (7 типов вопросов), использование предустановленных тестов.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА В ПРИЛОЖЕНИИ 2

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (практических и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы)
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом.
3. Промежуточный контроль учебной дисциплины (11 семестр – зачет с оценкой)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

1. В течение недели выбрать время для работы с рекомендуемой литературой.
2. При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении задания нужно сначала понять, что в нем требуется, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения.
3. Контроль над усвоением материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ, по изучению теоретических основ секционного курса:

Изучение теоретической части дисциплин призвано не только углубить и закрепить знания, полученные на аудиторных занятиях, но и способствовать развитию у студента творческих навыков, инициативы и организовать свое время.

Самостоятельная работа при изучении дисциплин включает:

- чтение рекомендованной литературы и усвоение теоретического материала дисциплины;

- знакомство с Интернет-источниками;

- подготовку к различным формам контроля;

- подготовку и написание рефератов;

- подготовку ответов на вопросы по темам дисциплины в той последовательности, в какой они представлены;

Для расширения знания по дисциплине рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.

При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.

Текст должен быть изложен внятно, простым и ясным языком.

СХЕМА ДЛЯ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ОПИСАНИЯ ПРЕПАРАТА

1. Назвать ткань или орган в микропрепарате

2. Определить критерии процесса на клеточном уровне;

4. Связанно и последовательно суммировать обнаруженные изменения в гистологическом диагнозе;

5. Объяснить механизм развития процесса и оценить его функциональное значение.

Алгоритм действий студентов должен быть следующим:

- Просмотр микропрепарата при малом увеличении микроскопа имеет целью:

а) Исследование всей площади среза путем передвижения его по ступенькам;

б) Определение метода окраски препарата;

в) Определение нормальных структур органа, ткани;

г) Выявление локализации и характера основных структурных изменений органа и ткани;

д) Предварительную диагностику процесса на основе суммации полученных данных

- Просмотр препарата при большом увеличении микроскопа имеет целью:

а) Детальный просмотр всех компонентов органа со структурными изменениями;

б) Окончательную диагностику патологического процесса.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РУБЕЖНОМУ КОНТРОЛЮ:**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ РЕФЕРАТОВ**

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научно-исследовательская работа, где студент раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата. Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ РЕФЕРАТА:

Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц. Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.

Текст реферата должен содержать следующие разделы:

- титульный лист с указанием: названия ВУЗа, кафедры, темы реферата, ФИО автора и ФИО преподавателя.

- введение, актуальность темы.

- основной раздел.

- заключение (анализ результатов литературного поиска); выводы.

- список литературных источников должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы

Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:

- отступ сверху – 2 см; отступ слева – 3 см; отступ справа – 1,5 см; отступ снизу – 2,5 см;

- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;

- нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.

Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕФЕРАТА:

- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала;
- правильность и полнота разработки поставленных вопросов;
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- соответствие оформления реферата стандарту;
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.

ПОРЯДОК ВСКРЫТИЯ И ВЗЯТИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПОРЯДОК ВСКРЫТИЯ

Обычно вскрытие трупа производят через 12 часов после смерти, но советское законодательство разрешает производить вскрытия в научно-практических целях через 2 часа и даже через полчаса после смерти.

В этих случаях вскрытие должно быть произведено в присутствии трех врачей, составляющих перед вскрытием протокол с указанием доказательств действительной смерти и причин необходимости раннего вскрытия.

Перед каждым вскрытием прозектор подробно знакомится не только с клиническим диагнозом, но и с историей болезни умершего.

История болезни должна быть окончательно оформлена и подписана. Никакие исправления в клиническом диагнозе после вскрытия не допускаются.

Вскрытие следует производить при дневном свете. При обычном искусственном свете вскрытие производят лишь в случае крайней необходимости. Но хорошее искусственное, электрическое освещение, достаточно яркое, а еще лучше бестеневое, благодаря своему постоянству имеет большое преимущество перед естественным, весьма изменяющимся как от погоды (облачность, пасмурность, туманность, дождливость), так и от часа дня.

Инструменты готовят лишь самые необходимые и размещают на отдельной доске или на столике

Хирургические повязки, дренажи, катетеры, тампоны и пр. остаются на трупе до вскрытия и удаляются лишь после тщательного исследования раны или органа.

Прозектор занимает место у секционного стола с правой стороны трупа. Лишь при вскрытии черепа он становится у головы трупа. С левой стороны трупа становятся помощники и присутствующие при вскрытии.

Основной порядок вскрытия следующий:

1. Внешний осмотр трупа.
2. Вскрытие черепа и извлечение головного мозга.
3. Вскрытие придаточных полостей носа (при необходимости)
4. Вскрытие позвоночного канала и извлечение спинного мозга (при необходимости)
5. Вскрытие брюшной стенки.
6. Вскрытие грудной клетки и шеи
7. Извлечение органов шеи, груди и живота.
8. Исследование извлеченных органов.
9. Вскрытие конечностей (при необходимости)

Это основной порядок вскрытия, однако при необходимости, диктуемой особенностями случая, могут быть отступления.

Обычно начинают со вскрытия черепа, так как после извлечения органов шеи и груди кровенаполнение мозга и его оболочек может измениться

При подозрении на воздушную эмболию, а также при необходимости произвести посевы крови из сердца и при других показаниях вскрытие следует начинать с грудной клетки.

НАРУЖНЫЙ ОСМОТР ТРУПА

Внешний осмотр тела необходимо производить в каждом случае.

Внешний осмотр: пол, телосложение, состояние питания, состояние кожных покровов, видимых слизистых оболочек, наружных половых органов, в случае наличия - пролежни, операционные раны, следы от уколов шприцем и др

ВСКРЫТИЕ ПО ШОРУ:

Техника метода полной эвисцерации сводится к вскрытию полости черепа и позвоночника, извлечению головного и спинного мозга, вскрытию покровов прямым разрезом с обнажением органов шеи, осмотру брюшной полости, вскрытию грудной полости и выделению комплекса органов шеи, грудной и брюшной полости в связи друг с другом. Для этого извлекают органы шеи и грудной полости, пересекают диафрагму у ребер до почек, рассекают пристеночную брюшину боковой стенки живота сверху вниз до малого таза. Выделяют органы малого таза и отделяют брюшину тупым путем и ножом от мышц задней стенки живота и далее от позвоночника весь органоконкомплекс.

В протоколе вскрытия описываются все органы систем, их макроскопическая картина: размер, состояние органов на разрезе, цвет, вес, рисунок тканей и все патологические изменения органов.

ПРИМЕРЫ ПРОТОКОЛОВ ВСКРЫТИЯ

Протокол вскрытия № 1

ФИО умершего: М., возраст 79 лет, пол – муж.

Проведено 8 койкодней

Посмертный (заключительный) клинический диагноз: Распространенный атеросклероз сосудов нижних конечностей, сердца, головного мозга, гангрена правой стопы. ИБС. Стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз.

Мерцательная аритмия. ГБ III ст. ОНМК. Двусторонняя гипостатическая пневмония. Аденома предстательной железы.

Хронический пиелонефрит, обострение. Печеночно-почечная недостаточность. Гнойно-некротическая рана культи левого бедра (операция ампутации).

Краткий клинический эпикриз

При поступлении контакт с больным затруднен из-за выраженной энцефалопатии. Со слов родственников предъявлял жалобы на болезненность в области раны культи левого бедра (после недавней ампутации). Длительно страдал аденомой предстательной железы. В отделении состояние тяжелое, однако, активных жалоб не предъявлял. Кожные покровы бледные, артериальное давление 140/80 мм рт. ст. За время наблюдения состояние больного без положительной динамики. Проводился туалет раны культи бедра и симптоматическая терапия. Появились признаки гангрены правой стопы. На фоне нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности наступила смерть. Клинический анализ крови: гемоглобин – 94 г/л, лейкоциты – 29,7x10⁹/л, эритроциты – 2,5x10¹²/л. Общий анализ мочи: белок – 0,26 г/л, лейкоциты сплошь, эритроциты – 45 в п.з., бактерии ++. Биохимия крови: белок – 58 г/л, сахар крови до 9,6 ммоль/л, мочевины – 25 ммоль/л, билирубин общ. – 68 мкмоль/л, пр. – 54,4, непр. – 13,4 мкмоль/л. ЭКГ: фибрилляция предсердий, тахисистолия желудочков, рубцовые изменения в передневерхушечной и боковой стенках левого желудочка.

Протокол вскрытия

Внешний осмотр. Труп пожилого мужчины, правильного телосложения, нормального питания. Трупное окоченение хорошо выражено в конечностях. Кожные покровы бледно-желтого цвета, трупные пятна багрово-синюшные, располагаются по задней поверхности туловища и конечностей. Левая нижняя конечность ампутирована на уровне средней трети левого бедра. Рана культи с ровными краями ярко-розового цвета. Дно раны алого цвета с точками светло-серого цвета до 0,1 см в диаметре. Стопа правой нижней конечности ярко-розового цвета до голеностопного сустава, пастозна. **Внутренний осмотр.** Подкожный жировой слой светло-желтого цвета, имеет толщину: на груди 1,5 см, на животе – 2 см. Мышцы на разрезе светло-красного цвета, влажные. В левой и правой плевральных полостях определяется прозрачная жидкость соломенного цвета до 200 мл. В брюшной полости до 100 мл прозрачной жидкости соломенного цвета. Брюшина на всем протяжении влажная, блестящая. В области мочевого пузыря имеются единичные сращения листков брюшины тонкого кишечника. Серозная оболочка, покрывающая мочевой пузырь, с инъекцией капилляров. Сальник и брыжейка с умеренным количеством жировой клетчатки обычного вида.

385 Полость черепа. Кости черепа без видимой патологии. Твердая мозговая оболочка серая, блестящая. Мягкая мозговая оболочка обильно пропитана прозрачной жидкостью. Сосуды основания мозга не спадаются, содержат секторальные желтые бляшки, перекрывающие до 60% просвета. Ткань мозга мягкоэластической консистенции с сохранением анатомического рисунка на разрезе. Желудочки мозга слегка расширены, содержат прозрачный ликвор.

Дыхательная система. Слизистая оболочка гортани, трахеи и крупных бронхов ярко-розового цвета, влажная, гладкая. Легкие тестоватой консистенции в верхних отделах, на разрезе серо-розового цвета, при пальпации воздушные. Нижние отделы легких водянистой консистенции, буро-синюшного цвета. На разрезе легочная ткань в субплевральных отделах бурого, в прикорневых – серо-бурого цвета. С поверхности разрезов обильно стекает пенная, слегка мутноватая жидкость.

Сердечно-сосудистая система. Сердце, размерами 11,5x10,х6,5 см. Эпикард гладкий, блестящий. Миокард дрябловатой консистенции. Полости правого отдела сердца содержат жидкую кровь и смешанные посмертные свертки крови. В просвете левого желудочка по передней стенке плотные массы буро-желтого цвета, плотно соединяющиеся с эндокардом на площадке размером 5x3 см и выступающие в просвет на 0,5-0,8 см. Толщина миокарда левого желудочка 1,8 см, толщина миокарда правого желудочка 0,4 см. На разрезе миокард тускло-коричневый. В передне-боковой стенке левого желудочка, субэндокардиально, очаг белесоватого цвета, волокнистой консистенции, размером 4,5-3x0,5 см с тонкими полосками бурого цвета, не сливающимися между собой. Стенка передней ветви левой коронарной артерии с единичными белесоватыми утолщениями, обтурирующими просвет сосуда до 80%. Интима аорты с множеством белесоватых пятен и полос, сливающихся в брюшном отделе в поля кальциноза. В просвете задней большеберцовой артерии плотные, крошащиеся массы бурого цвета, обтурирующие просвет сосуда на 100%, выделяющиеся при потягивании пинцетом. Органы пищеварения. Слизистая оболочка языка, глотки серо-розового, а пищевода – светло-серого цвета. Слизистая оболочка желудка серо-синюшного цвета, складчатость сглажена. В просвете желудка жидкие массы. Слизистая оболочка кишечника во всех отделах с обычным рельефом, розовая, блестящая. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 40 мл коричневой желчи. Слизистая оболочка пузыря бархатистого вида. Печень размерами 30x19x14x10 см, плотной консистенции. Поверхность органа гладкая. По-верхность разреза однородного строения, желтовато-коричневого цвета с бордовыми вкраплениями Поджелудочная железа размерами 19x2,5x1,5 см. На разрезе ткань желтовато-серая, неравномерно дольчатая, с жировыми и фиброзными прослойками.

Мочевыделительные органы. Правая почка размером 10x5,5x3,5 см, левая – 10,5x5,5x3,5 см. Оба органа плотной консистенции. Кортикальный слой красно-коричневого цвета шириной до 0,6 см. На разрезе граница между корковым и мозговым веществом четкая. Слизистая оболочка чашечно-лоханочной системы обоих органов с инъекцией капилляров серо-желтого цвета, слегка тусклая. Капсула левой и правой почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность органов. Мочевой пузырь напряжен, стенка его гипертрофирована, толщиной до 0,8 см. В просвете пузыря до 50 мл мутной, темно-желтого цвета мочи. Слизистая оболочка органа тусклая, с инъекцией капилляров и гнойными наложениями светло-желтого цвета. Предстательная железа размерами 4x2,5x2 см, плотной консистенции. В центре органа по ходу соединения семяизвергательного и мочеиспускательного каналов образование круглой формы, диаметром до 1 см, плотной консистенции, волокнистого строения, сдавливающее просвет канала.

Железы внутренней секреции. Щитовидная железа не увеличена. Обе доли щитовидной железы плотной консистенции, на разрезе темно-коричневого цвета, компактные. Левая доля щитовидной железы в верхнем полюсе имеет плотное округлое образование, диаметром до 1,5 см, на разрезе в просвете жидкие массы желтого цвета, внутренняя стенка гладкая.

Надпочечники листовидной формы, по 4,5x2,5x0,7 см размером каждый. На разрезе корковое вещество толщиной 0,2 см, желтого цвета. Мозговое вещество темно-коричневое, компактное.

Органы гемо- и лимфопоза. Селезенка размером 9x5x3,5 см, мягкоэластичная, на разрезе серо-вишневого цвета, пульпа соскоба не дает. Красный костный мозг ребер серовато-красный, сочный.

Результаты микроскопического исследования

Миокард – гипертрофия и дистрофия кардиомиоцитов, диффузная их фрагментация. Полнокровие сосудов микроциркуляторного русла. Рассеянная лимфогистиоцитарная и фибробластная инфильтрация миокарда в зоне заместительного склероза с чередованием кардиомиоцитов с пикнозом ядер преимущественно в области формирования

соединительной ткани. На эндокарде лимфоидные и лейкоцитарные реакции, слоистые массы фибрина и элементы крови. Заключение: постинфарктный кардиосклероз в передней стенке с тромбэндокардитом.

Головной мозг – повышенное количество микроглиальных клеток на фоне мелкодисперсной спонгиозной вакуолизации белого вещества, умеренный перивазальный отек.

Легкие – истончение и разрыв межальвеолярных перегородок, в просвете альвеол гомогенные малоинтенсивные розовые массы с примесью нейтрофильных лейкоцитов. В сосудах микроциркуляторного русла стазы, сладжи. Заключение: эмфизема, отек, слабо выраженная очаговая пневмония.

Почки – белковая дистрофия эпителия извитых канальцев, фокальный кариолизис в эпителиоцитах (очаговый некротический нефроз). В области чашечно-лоханочной системы очаги некрозов и элементы диффузной нейтрофильной инфильтрации, распространяющиеся в строму почек. Заключение: гнойный пиелонефрит.

Мочевой пузырь – гипертрофия мышечных элементов, диффузная нейтрофильная инфильтрация с формированием очагов некроза в слизистой оболочке. Заключение: обострение хронического гнойного цистита.

Печень – архитектоника умеренно нарушена за счет полнокровия центров долек с дисконкомплексацией гепатоцитов, по периферии мелкокапельная жировая дистрофия.

Поджелудочная железа – очаговый склероз и липоматоз на фоне аутолиза.

Предстательная железа – хаотичное разрастание зрелых железистых структур и соединительной ткани. Заключение: nodозная фиброзно-аденоматозная гиперплазия.

Щитовидная железа – в левой доле узел представлен расширенными фолликулами правильного строения с большим количеством коллоида и фиброзной капсулой. Заключение: макрофолликулярная аденома.

Задняя большеберцовая артерия – в просвете слоистые массы фибрина и компоненты крови, распадающиеся эритроциты, аналогичные таковым в левом желудочке сердца. Заключение: тромбоз сосуда.

Фрагмент раны культи левой нижней конечности – формирование грануляционной ткани на фоне хронического воспаления.

Участок кожи правой нижней конечности – диффузная нейтрофильная инфильтрация, очаги некрозов. Стазы, сладжи в сосудах микроциркуляторного русла.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) уремия

б) восходящий гнойный пиелонефрит

в) аденома предстательной железы

II. Атеросклеротическая гангрена нижней конечности

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: аденома предстательной железы, железисто-фиброзный тип.

Осложнения основного заболевания: стеноз мочевыводящего протока предстательной железы. Гнойный цистит. Гнойный двусторонний пиелонефрит, уремия (мочевина 25 мкмоль/л)

Конкурирующее заболевание: распространенный атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца, левой нижней конечности и аорты в стадии атерокальциноза.

Осложнения основного заболевания: гангрена левой нижней конечности. Операция (дата) ампутация левой нижней конечности на уровне средней трети бедра. Организующийся субэндокардиальный инфаркт переднебоковой стенки левого желудочка, пристеночный тромбэндокардит. Тромбоз задней правой большеберцовой артерии. Гангрена правой нижней конечности. Дистрофия и венозное полнокровие внутренних органов, очаговый некротический нефроз.

Двусторонняя заднебазальная мелкоочаговая пневмония. Двухсторонний гидроторакс (справа и слева по 200 мл). Асцит (100 мл). Отек легких.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (гипертрофия миокарда левого желудочка до 1,8 см). Жировой гепатоз. Аденома левой доли щитовидной железы.

Клинико-патологоанатомический эпикриз

При морфологическом исследовании трупа больного М., 79 лет, обнаружено два самостоятельных заболевания, каждое из которых могло привести к смерти. С учетом большей выраженности гнойного процесса в почках и нарастания почечной недостаточности, предпочтение отдается аденоме предстательной железы, которая через нарушение оттока мочи и развитие застойного гнойного цистита, привела к поражению почек. Комплекс осложнений патологических процессов привел к необратимым глубоким дистрофическим процессам, что и стало непосредственной причиной смерти больного.

Неверна конструкция посмертного клинического диагноза.

Патологоанатом (подпись)

Протокол вскрытия № 2

ФИО умершего: К., возраст 53 г., пол – жен.

На вскрытии присутствовали: врач РАО, интерны ПИРП.

Проведено 8 койкодней.

Посмертный клинический диагноз: хронический гломерулонефрит. Осложнения: уремия; симптоматическая гипертензия.

Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние в правую гемисферу. Гипертоническая болезнь III ст., риск IV ст.

Атеросклероз мозговых артерий. Левосторонняя гемиплегия. Сопутствующие: жировой гепатоз. Гипостатическая пневмония. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ст.

Краткий клинический эпикриз

Поступила по СМП из дома в тяжелом состоянии. Выяснено, что на фоне повышения артериального давления возникла головная боль, потеряла сознание. Была дома 2 дня, после чего появилась слабость в левых конечностях, продолжала оставаться дома в течение недели. При поступлении неврологически – левосторонняя гемиплегия. Артериальная гипертония 110/70 мм рт. ст., число сердечных сокращений 80 уд./мин., число дыхательных движений 19 в мин.

Электрокардиографически: гипертрофия левого желудочка и диффузные изменения

ПРИМЕРЫ ЗАПОЛНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

Задание. Заполните свидетельство о смерти

Задача У женщины 22 лет беременность протекала без осложнений. Размеры таза нормальные. Во втором периоде родов зарегистрирована вторичная слабость родовой деятельности, произведена родостимуляция. В связи с признаками гипоксии плода наложены полостные щипцы. Извлечен мертвый плод мужского пола массой 3500 г, длиной 53 см. На вскрытии: разрыв намета мозжечка, субдуральное кровоизлияние.

Свидетельство о перинатальной смерти

- а) разрыв мозжечкового намета при родовой травме
- б) внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная во время родов
- в) вторичная слабость родовой деятельности
- г) –
- д) родостимуляция, полостные щипцы

Задание. Поставьте патологоанатомический диагноз и выпишите свидетельство о перинатальной смерти

Задача №1. Беременность протекала без особенностей. Роды преждевременные на 32 неделе. После рождения у новорожденного частые приступы асфиксии, симптомы нарушения мозгового кровообращения. Смерть на 2-е сутки. На секции кровоизлияние в субэпендимарную зону области боковых желудочков вещества мозга с прорывом и тампонадой боковых, 3-го и 4-го желудочков мозга. Венозное полнокровие внутренних органов.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Внутрижелудочковое кровоизлияние с тампонадой боковых, 3-го и 4-го желудочков головного мозга.

Осложнение основного заболевания. Частичный ателектаз легких. Венозное полнокровие внутренних органов.

Сопутствующее заболевание. Недоношенность.

Свидетельство о перинатальной смерти

- а) кровоизлияние в желудочки головного мозга
- б) недоношенность, частичный ателектаз легких
- в) причина смерти новорожденного со стороны матери не установлена
- г) –
- д) –

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА ВСКРЫТИЯ

Внешний осмотр. Труп мальчика 3 мес., правильного телосложения, резко сниженного питания. Вес тела 3600 г. Кожа на туловище и конечностях морщинистая, сухая. Подкожно-жировой клетчатки почти нет. Голова вытянута в передне-заднем направлении, несколько асимметричен мозговой череп. Трупное окоченение отсутствует. Трупные пятна располагаются по задней поверхности тела, синюшно-багровые. Костно-суставная система без видимых изменений. Слизистые оболочки носа, полости рта сухие, бледно-серые,

Брюшная полость. Брюшина блестящая, слабого кровенаполнения. Свободной жидкости нет. Петли кишечника расправлены, вздуты, содержат небольшое количество крошковато-замазкообразных светло-желтых масс. Большой и малый сальники жировой клетчатки почти не содержат. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-2,5 см, эластичная. Селезенка располагается по краю реберной дуги.

Грудная клетка. Легкие полностью выполняют плевральные полости, передними краями прикрывают переднее средостение на всем протяжении. Свободной жидкости в плевральных полостях нет. Плевральные листки тусклые, мутные, облитерированные. В паравerteбральных отделах справа имеются плотные, с трудом разделяемые сращения. Клетчатка в области тимуса отечная, имеет ослизненный вид. Тимус контурируется слабо, вместе с отечной клетчаткой весит 3 г, на разрезе представлен узким телом мясистой консистенции, ткань на разрезе бледно-серая, толщина – 0,2-0,3 см.

Полость черепа. Кости черепа неравномерной плотности, целы. Твердая мозговая оболочка блестящая, чистая. Мягкая мозговая оболочка отечная, полнокровная, прозрачная, блестящая. Извилины головного мозга сглажены. Граница между серым и белым веществом на разрезе четкая. Ткань мозга влажная, за исключением паравентрикулярных зон, где определяются диффузные массивные «омозолелые» участки, переходящие в обычную ткань без четких границ. Желудочки несколько расширены, эпендима полнокровна, содержимое – прозрачный ликвор. Придатки мозга правильного строения, Органы дыхания. Слизистая оболочка гортани, трахеи и бронхов бледно-розовая, тускловатая. В просвете дыхательных путей небольшое количество (следы) слизистых масс. В заднебоковых отделах легкие (2/3 объема) печеночной плотности, местами бугристые, темно-синюшные с поверхности. На разрезе – темно-синюшные участки переходят в серо-красные. В участках паравerteбральных зон анатомический рисунок легких стерт. При подробном визуальном осмотре Передние отделы легких повышенной воздушности, нежно-розового цвета. При сдавливании с поверхности разреза выделяется небольшое количество пенистой розовой жидкости, а из бронхов, преимущественно мелких, вязкие, желтовато-белесоватые (гноевидные) массы.

Органы кровообращения. Сердце размером 4х3х3 см, правильного анатомического строения. Миокард дряблый, тусклый, бледно-розовый. Эндокард, клапаны сердца и интима крупных сосудов прозрачные, чистые. В полостях сердца – смешанные свертки крови. Интима аорты и легочной артерии гладкая, матово-белого цвета.

Органы пищеварения. Слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта бледно-розовая с повышенным кровенаполнением верхушек складок. Печень размером 10х8х7х3 см, гладкая с поверхности, упруго-эластичная. На разрезе анатомический рисунок сохранен, поверхность разреза коричневатого-розового цвета. Желчные протоки проходимы, желчный пузырь содержит студнеобразную стекающую жидкость цвета крахмала. Стенки пузыря истончены (толщина папиросной бумаги). Содержимое ввиду вязкости не поступает в проток при надавливании. Поджелудочная железа размером 7х1х1 см, деревянистой плотности. В области хвоста имеется бугристое утолщение, плотное на ощупь. На разрезе подчеркнут мелкодольчатый рисунок.

Органы мочевого выделения. Почки размером 4х3х2 см, капсула снимается легко, поверхность дольчатая. На разрезе корковое и мозговое вещество четко разграничены. Поверхность разреза красновато-синюшная. Слизистая оболочка мочевыводящих

путей бледно-серая, блестящая. Половые органы сформированы соответственно возрасту и полу. Надпочечники листовидной формы, на разрезе корковое вещество четко отграничено от мозгового. Селезенка размером 5x3x2 см, упруго-эластичная, на разрезе пульпа темно-вишневого цвета. Лимфатические узлы очень маленькие (0,2x0,2 см), синюшные. Костный мозг красный, необильный.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кишечник: катарально-эрозивный энтероколит; в эпителии и просвете желез – эозинофильные массы.

Стенка желчного пузыря: эпителий уплощен, местами многорядный, видны остатки слизистых эозинофильных масс, стенка истончена.

Головной мозг: глиоз субэпендимных зон.

Печень; стаз крови, белковая дистрофия.

Поджелудочная железа; кистозный фиброз.

Легкие: абсцедирующая пневмония, бронхоэктазы с метаплазией эпителия, в железах – накопление эозинофильных масс.

Тимус: эмбриональное строение вилочковой железы.

Эталон ответа

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание. Муковисцидоз (кистозный фиброз поджелудочной железы), смешанная легочно-кишечная форма.

Осложнение основного заболевания. Двухсторонняя сливная, деструктивная пневмония. Катарально-эрозивный энтероколит. Дистрофические изменения внутренних органов и тканей. Очаговый глиоз головного мозга.

Сопутствующее заболевание. Врожденная гипоплазия тимуса. Гипоплазия лимфоузлов.

Патологоанатомический эпикриз. В данном случае основным заболеванием следует считать муковисцидоз, протекавший с поражением поджелудочной железы, легких, кишечника и желчного пузыря. Развившуюся пневмонию следует считать осложнением основного заболевания и непосредственной причиной смерти. Особенностью данного случая, сыгравшей определенную роль дополнительного неблагоприятного фактора, является врожденная гипоплазия тимуса и лимфоидной ткани. Несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов, очевидно, следует рассматривать как расхождение I категории, так как ошибки диагностики были допущены на предыдущих этапах лечения. В данном лечебном учреждении неправильная диагностика была обусловлена, повидимому, кратковременным пребыванием (12 часов) больного в стационаре и сложностью случая.

Технологическая карта дисциплины «Секционный курс»
по специальности «Педиатры»
6 курс, семестр 12, отчетность – зачет с Оц

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя) (семестра)
Модуль 1					
Раздел 1. Структура, цели и задачи патологоанатомической службы в системе здравоохранения	Текущий контроль	Собеседование Тесты	10	17.5	33
	Рубежный контроль	Рефераты	10	17.5	
Модуль 2					
Раздел 2. Секционно - биопсийный раздел	Текущий контроль	Собеседование Микропрепарат	10	17.5	38
	Рубежный контроль	Рефераты	10	17.5	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет с Оц)			20	30	39
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Собеседование (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Понимание основных морфофункциональных механизмов развития патологических процессов	0 - 40
2.	Обоснованная трактовка механизмов, их влияния на структуру органа, их функциональное значение на организм	0 - 40
3.	Ключевые слова (грамотное употребление терминов, их понимание и значение)	0 - 10
4.	Логичность и последовательность ответа по заданной теме	0 - 10
Оценка за активность (текущий контроль)		Сумма баллов

Работа с микропрепаратами (текущий контроль – «Уметь и Владеть»)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Назвать ткань или орган в микропрепарате, назвать метод окраски	0 - 20
2.	Определить очаг патологического процесса	0 - 30
3.	Зарисовать и обозначить характерную морфологию данного патологического процесса	0 - 20
4.	Перечислить критерии микроскопической диагностики данного патологического процесса	0 - 20
5.	Исходы и функциональное значение	0 - 10
Оценка за работу с микропрепаратами (текущий контроль)		Сумма баллов

Шкала ситуационной задачи (рубежный контроль)

Шкала оценивания реферата

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Актуальность темы исследования;	0-10
2	Соответствие содержания теме;	0-10
3	Глубина проработки материала	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ОФОРМЛЕНИЕ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-5
3	Текст реферата написан соответственно методическим указаниям	0-10
4	Правильность и полнота использования литературы	0-10
ЗАЩИТА РЕФЕРАТА		15
1	Грамотность изложения и терминологии материала	0-5
2	Качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ (ЗАЧЕТ С ОЦ.)

Структура экзаменационного билета

1. Нормативные акты и документация регламентирующие деятельность патологоанатомической службы (знать).
2. Определение понятия секция (знать)
3. Определение понятия биопсия (знать)
4. Диагностировать микроскопически патологический процесс.

- оценивать механизм развития и функциональное значение, данное патологии (уметь, владеть)

№	Наименование показателя	Отметка в баллах
1	1-й вопрос	0-20
2	2-й вопрос	
3	3-й вопрос	
4	Микропрепарат	0 – 10
Оценка за выполнение (рубежный контроль)		Сумма баллов

Критерии оценки знаний студента по дисциплине (промежуточный контроль).

На зачете с Оц, экзамене студент может получить максимальное число баллов - 30. Студент может получить следующие оценки с учетом продемонстрированных знаний:

- 26-30 баллов – использует термины по дисциплине секционный курс, знает основные методы патологоанатомического исследования; знает законодательство РФ и КР, нормативные акты и документацию, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы, этиологию, патогенез, морфогенез, патоморфоз болезней, нозологию, принципы классификаций болезней. Глубоко разбирается в сущности и основных закономерностях общепатологических процессов, разбирается в характерных изменениях внутренних органов. Отлично обосновывает характер патологического процесса и его клинические проявления и осуществляет сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней. Владеет навыками микроскопической диагностики патологических процессов, а также навыками клинико-анатомического анализа.

- 21-25 баллов – Знает законодательство РФ и КР, нормативные акты и документацию, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы использует термины по дисциплине секционный курс, знает основные методы патологоанатомического исследования; не достаточно глубокие знания о этиологии, патогенезе, морфогенезе, патоморфозе болезней, нозологии, принципах классификации болезней; хорошо разбирается в сущности и основных закономерностях общепатологических процессов; хорошо разбирается в характерных изменениях внутренних органов. Не обосновывает характер патологического процесса и его клинические проявления не достаточно осуществляет сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней. Не достаточно глубоко владеет навыками микроскопической диагностики патологических процессов, а также навыками клинико-анатомического анализа.

- 16 - 20 баллов – не достаточно хорошо использует термины по дисциплине секционный курс, не знает законодательство РФ и КР, нормативные акты и документацию, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы, основные методы патологоанатомического исследования; слабые знания о этиологии, патогенезе, морфогенезе, патоморфозе болезней, нозологии, принципах классификации болезней; не очень хорошо разбирается в сущности и основных закономерностях общепатологических процессов. Логически не обосновывает характер патологического процесса и его клинические проявления и не осуществляет сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней. Не достаточно хорошо владеет навыками микроскопической диагностики патологических процессов, а также навыками клинико-анатомического анализа.

- 10-15 баллов - слабо использует термины по дисциплине секционный курс, не знает законодательство РФ и КР, нормативные акты и документацию, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы, не знает основные методы патологоанатомического исследования; плохо разбирается в сущности и основных закономерностях общепатологических процессов; плохо разбирается в характерных изменениях внутренних органов. Не обосновывает характер патологического процесса и его клинические проявления и не осуществляет сопоставление морфологических и клинических проявлений

болезней. Плохо владеет навыками микроскопической диагностики патологических процессов, и не владеет навыками клинико-анатомического анализа.

- 0 баллов – студент не ответил ни на один вопрос из билета. После предложенного второго (дополнительного) билета и соответствующей подготовке к ответу также не продемонстрировал знаний по данному билету. Студент, не явившийся на зачет с Оц, экзамен, получает «0» баллов.

Тесты. Раздел 1

В скобках указано количество правильных ответов

1. Организация патологической службы (2)

- a) Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя
- b) Посмертную и прижизненную диагностику болезней
- c) Контроль за качеством клинической диагностики и ходом лечебного дела
- d) Уточнение структуры причин смерти населения
- e) Все перечисленное

2. Этические нормы врача-патологоанатома определяются (2)

- a) Умениями и навыками
- b) Законами и приказами
- c) Этническими особенностями региона
- d) Моральной ответственностью врача перед обществом

3. В систему патологоанатомической службы входят (2)

- a) Патологоанатомические отделения (прозекторские)
- b) Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические бюро
- c) Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно-исследовательских институтов
- d) Все перечисленное

4. Основные функциональные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя (2)

- a) Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале
- b) Установление причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания
- c) Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов
- d) Все перечисленное

5. В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят (2)

- a) Оценка предварительной информации и подготовка к проведению морфологического исследования
- b) Производство вскрытия трупов
- c) Исследование гистологических препаратов и в случае необходимости привлечение консультантов
- d) Все перечисленное

6. В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят (2)

- a) Постановка предварительного диагноза
- b) Оформление патологоанатомического и патогистологического диагнозов
- c) Ведение медицинской документации
- d) Все перечисленное

7. В должностные обязанности врача-патологоанатома входят (2)

- a) Вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала
- b) Забор секционного материала для специальных исследований
- c) Микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала
- d) Все перечисленное

8. В должностные обязанности врача-патологоанатома входят (2)

- a) Оформление протокола патологоанатомического исследования и медицинской карты умершего больного, заключения о причине смерти и запись во врачебном свидетельстве о смерти
- b) Составление клинико-анатомического эпикриза, констатация совпадения или расхождения клинического и патологоанатомического диагноза
- c) Выявление недостатков в диагностике и лечении больного
- d) Все перечисленное

9. В должностные обязанности врача-патологоанатома входят (2)

- a) Заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной классификации болезней
- b) Беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии
- c) Выполнение производственных поручений заведующего отделением
- d) Все перечисленное

10. На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают (2)

- a) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза
- b) Редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии
- c) Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств
- d) Все перечисленные

11. На клинко-патологоанатомических конференциях обсуждают (2)

- a) Случаи острых инфекционных заболеваний
- b) Случаи запоздалой диагностики и случаи смерти, оставшиеся не ясными
- c) Отчет заведующего патологоанатомическим отделением
- d) Все перечисленное

12. Документация секционного раздела работы патологоанатомического отделения включает в себя (1)

- a) Книги регистрации патологоанатомических вскрытий и выдачи трупов
- b) Протокол (карта) патологоанатомического исследования
- c) Врачебное свидетельство о смерти
- d) Все перечисленное

13. При вскрытии трупа оформляются следующие документы (2)

- a) Протокол патологоанатомического исследования
- b) Врачебное свидетельство о смерти
- c) Заключение о причине смерти

13. Структура патологоанатомического диагноза включает в себя (2)

- a) Основное заболевание
- b) Осложнения
- c) Сопутствующие заболевания
- d) Все перечисленное

15. Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя (2)

- a) Два конкурирующих заболевания
- b) Основное и фоновое заболевание
- c) Два сочетанных заболевания
- d) Все перечисленное

16. Структура патологоанатомического диагноза должна отвечать следующим принципам (2)

- a) Нозологическому (с учетом требований МКБ)
- b) Интранозологическому
- c) Патогенетическому

Всем перечисленным

17. В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов выделяют (2)

- a) Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования
- b) Недоучет клинических и лабораторных данных
- c) Переоценку клинических и лабораторных данных
- d) Все перечисленное

Раздел 2

1. При вскрытии трупа используют разрезы кожи (2)

- a) Прямой
- b) Воротниковый
- c) Игрекообразный

2. При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения (2)

- a) Отдельных органов (по Вирхову)
- b) Органов по системам (по Абрикосову)
- c) Всего органокомплекса (полная эфисцерария по Шору)
- d) Все перечисленные

3. При исследовании сердца могут быть использованы методы вскрытия (2)

- a) По току крови (по Абрикосову)
- b) Без пересечения венечных артерий (по Автандилову)
- c) Для раздельного взвешивания отделов сердца (по Мюллеру)
- d) Все перечисленные

4. К особенностям вскрытий трупов при инфекционных болезнях относятся (2)

- a) Наличие 15-20 литров дезинфицирующих средств и коврика, обильно смоченного дезраствором перед дверью, ведущей в секционную
- b) Использование противочумного костюма
- c) Возможность накопления и дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола

d) Все перечисленное

5. При патологоанатомическом исследовании умерших от особо опасных инфекций руководствуются (2)

- a) Особенности вскрытий умерших от инфекционных заболеваний
- b) Установленным режимом работы карантинных учреждений
- c) Требованиями инструктивных материалов Министерства здравоохранения СССР, по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями чумы, холеры, сапа, мелиоид натуральной оспы, сибирской язвы, туляремии и бруцеллеза
- d) Все перечисленное

6. Протокол (карта) патологоанатомического исследования включает в себя следующие разделы (2)

- a) Паспортная часть, клинические диагнозы, протокольная часть
- b) Патологоанатомический диагноз
- c) Причина смерти (выписка из свидетельства о смерти), краткие клинические данные и клинко-анатомический эпикриз
- d) Все перечисленное

7. Основное заболевание (первоначальная причина смерти) - нозологическая единица, которая в данный момент и в данных условиях в наибольшей степени (2)

- a) Угрожает жизни, здоровью, трудоспособности больного
- b) Требуется проведения первоначальных лечебно-профилактических мероприятий
- c) Само или через осложнения явилось причиной смерти
- d) Все перечисленное

8. Непосредственной причиной смерти учитывается (2)

- a) Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
- b) Нозологическая единица, явившаяся причиной танатогенетического процесса
- c) Механизм наступления смерти
- d) Все перечисленное

9. Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные данные (2)

- a) Анамнестические и клинические
- b) Лабораторные и рентгенологические
- c) Патологоанатомические и гистологические
- d) Все перечисленные

10. В клинко-патологоанатомическом эпикризе отражают (2)

- a) Клинико-анатомическое обоснование диагноза основного заболевания (первоначальной причины смерти) и смертельных осложнений (непосредственная причина смерти)
- b) Заключение о причине смерти больного
- c) Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов с характеристикой расхождений
- d) Все перечисленные

11. Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий (2)

- a) Основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в последние из трех строк (а, б, в) с учетом числа ранее заполненных строк
- b) Основное заболевание записывается только в третью строку (в)
- c) Непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)
- d) Все перечисленное

12. Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий (1)

- a) Непосредственная причина смерти записывается в верхнюю строку
- b) При совпадении первоначальной и непосредственной причин - также в первую строку
- c) Первоначальная причина смерти записывается в нижнюю строку, с учетом ранее заполненных строк (в строку б, или в)
- d) Первоначальная причина смерти (основное заболевание) - кодируется и используется в качестве причины смерти больного во всех документах
- e) Все перечисленное верно

13. Осложнения интенсивной терапии и реанимации отражают в патологоанатомическом диагнозе в строке (2)

- a) Осложнений основного заболевания
- b) Сопутствующих заболеваний
- c) После сопутствующих заболеваний

14. Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные данные: (2)

- a) Анамнестические и клинические

- b) Лабораторные и рентгенологические
- c) Патологоанатомические и гистологические
- d) Заключение о причине смерти больного
- e) Все перечисленные

Тесты по биопсийной диагностике

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Какие заболевания можно предполагать?
2. Необходимо ли в данном случае биопсийное исследование или нет?
3. Если нет, – сформулируйте клинический диагноз и вашу дальнейшую тактику.
4. Если да, – то биопсию каких органов или тканей, из каких мест необходимо провести?
5. Какой способ взятия материала можно применить?
6. Какой объем или количество кусочков необходимо направить на исследование?
7. Заполните направление на биопсийное исследование.

После получения заключения по биопсийному исследованию напишите:

1. Какой вид заключения вы получили?
2. Какова степень достоверности в заключении (низкая, умеренная, высокая)?
3. Можно ли выставить клинический диагноз? Ваша дальнейшая тактика?

Пример 1

У женщины, 32 лет, в анамнезе хронический пиелонефрит, после переохлаждения появилась болезненность в поясничной области, поднялась температура до 37,7°C. При обследовании – симптом «поколачивания» положительный. В анализах крови: гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – 12Ч10⁹/л, СОЭ – 17 мм/час. Моча: удельный вес – 1024, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 40-50, эритроциты – 3-5 в п.з.

Пример 2

У мужчины, 45 лет, после употребления алкоголя появились боли в эпигастральной области опоясывающего характера, рвота. Амилаза крови 140 ед., диастаза мочи 512 ед.

Пример 3

Мужчину, 39 лет, длительно беспокоили боли тянущего характера в различных отделах брюшной полости, периодические запоры. Поступил с нечеткой клиникой динамической кишечной непроходимости. При лапароскопической ревизии брюшной полости брыжейка кишечника значительно утолщена с белесоватыми тяжами, серозные оболочки блестящие. В анализах крови гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – 8,1Ч10⁹/л, СОЭ – 24 мм/час. Сахар крови – 5,6 ммоль/л. Общий билирубин – 20 мкм/л. Анализ мочи в пределах нормы.

Пример 4

У мужчины, 70 лет, появилось чувство переполнения желудка, частая рвота после еды, боли тупого характера в эпигастральной области, общая слабость. В течение года похудел на 12 кг. В анализе крови гемоглобин – 86 г/л, эритроциты – 3,3х10¹²/л, лейкоциты – 5,2 г/л, СОЭ – 15 мм/час. Сахар крови – 9 ммоль/л. Билирубин – 17 мкм/л. При фиброгастродуоденоскопии – в пилорическом отделе желудка округлое опухолевидное образование около 2,5 см в диаметре, перекрывающее значительную часть просвета, складчатость слизистой оболочки над ним сглажена.

Пример 5

У мужчины, 36 лет, год назад перенесшего вирусный гепатит В, сохраняется общая слабость, снижение аппетита, горечь во рту. При контрольном исследовании маркеров гепатита: HBS – положительный, HBE – отрицательный. Перкуторно печень на 4 см ниже края реберной дуги. В анализах крови гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 7,5Ч10⁹/л. СОЭ – 13 мм/час. Общий билирубин – 27 мкм/л, прямой – 10, непрямой – 17 мкм/л. AST – 1,2, ALT – 1,0. Показатели анализа мочи в норме.

Пример 6

У женщины, 30 лет, в течение 6 месяцев нарастает слабость, появились отеки стоп к вечеру, пастозность тканей лица по утрам, температура тела 37-37,4°C. При обследовании артериальное давление – 140/90 мм. рт. ст., пульс – 88 уд. в мин., ритмичный, в точке Боткина слабый систолический шум. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. В крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 3,4Ч10¹²/л, лейкоциты – 11,3Ч10⁹/л, СОЭ – 36 мм/час. В моче: уд. вес – 1024, белок – 0,86 г/л; эритроциты – до 50, лейкоциты – 3-5, эпителий – 8-10 в п.з. Общий билирубин – 30 мкм/л, прямой – 7, непрямой – 23. AST – 0,9, ALT – 1,1. На электрокардиограмме – умеренные диффузные изменения в миокарде. Рентгенологически в легких усиление сосудистого рисунка. При УЗИ – увеличение печени, другой органопатологии нет.

Пример 7

Мужчина, 57 лет, лечился в психиатрической больнице по поводу шизофрении психотропными препаратами. Направлен в хирургическое отделение по поводу острого парапроктита. Проведено вскрытие и дренирование гнойника. Через день появились боли в горле при глотании, повышение температуры до 39°C. Выставлен сопутствующий диагноз: катаральная ангина. В анализах крови гемоглобин – 77 г/л, эритроциты – 3,2Ч10¹²/л, лейкоциты – 0,7-2Ч10⁹/л (эоз. – 0%, п/я – 6%, с/я – 18%, лимф. – 62%, мон. – 14%). СОЭ – 62 мм/час. Общий

белок крови – 60 г/л. Мочевина крови 3,6 ммоль/л. AST – 1,4, ALT – 2,2. В моче белок – 0,066 г/л, Уд. вес – 1004. Цилиндры – сплошь. Эритроциты и лейкоциты – 2-3 в п.з.

Пример 8

У женщины, 40 лет, после задержки менструации на 3 недели, появилось кровотечение из половых путей, продолжающееся 12 дней. Проведено выскабливание полости матки.

Пример 9

У женщины, 59 лет, после менопаузы в течение 7 лет появились выделения из половых путей в течение месяца. При осмотре матка слегка увеличена. Гистероскопически поверхность эндометрия неровная с полиповидными выступами. Проведено раздельное выскабливание полости матки и цервикального канала.