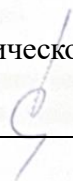


Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра патологической анатомии

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой патологической анатомии

С.З. Чуков
» мая 2025 г.

/  /

Фонд оценочных средств по дисциплине
ПАТОЛОГИИ /Патологическая анатомия/
Гастроэнтерология

Наименование дисциплины	Патологическая анатомия
Направление подготовки	31.08.28 «Гастроэнтерология»
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025 г.

еречень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1.1	Осуществлять системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю
ПК-1	Проведение прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ.

иды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задание открытого с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задание открытого с кратким ответом	5 с эталоном ответов
ПК-5	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
УК 1.1	Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)	
	1. Какую сущность отражает термин <дистрофия>?:	

	1) некроз 2) нарушение метаболизма 3) воспаление 2. Выберите морфогенетический механизм развития дистрофий: 1) повреждение 2) некроз 3) фанероз 4) воспаление 3. Исходом гиалиново-капельной дистрофии чаще всего является: 1) возврат к нормальному состоянию 2) гибель клетки 3) переход в другие формы дистрофий 4. Понятие <паренхиматозные дистрофии> относится к классификации: 1) по локализации процесса 2) по виду нарушенного обмена 3) по распространенности процесса 5. Какой из перечисленных органов прежде всего подвергается диабетической микроангиопатии?: 1) головной мозг 2) печень	
--	--	--

	3) почки 4) сердце	
	1.Прочитайте текст и установите соответствие к какому виду дистрофий относится «тигровое сердце» и по нарушению обмена	
	елковая дистрофия глеводная ировая Виды дистрофий: А. Паренхиматозная Б.Стромально- сосудистая В. Смешанная	1А
	2.Прочитайте текст и установите соответствие обмена-наличие вакуолей в клетке характерно для	
	иалиново-капельной дистрофии оговой идропическая дистрофия Виды дистрофий: А. Паренхиматозная Б.Стромально- сосудистая В. Смешанная	3А
	3.Прочитайте текст и установите соответствие : Видом инфаркта селезенки и типом кровоснабжения линовидный елый с геморрагическим венчиком еморрагический	1Б

	Тип кровоснабжения: А. коллатеральный Б.магистральный В. рассыпчатый	
	4. Прочитайте текст и установите соответствие : указать орган, в котором коллоидная дистрофия имеет яркое выражение и к нарушению какого обмена относится 1. печень 2.щитовидная железа 3.вилочковая железа 4.кости скелета Виды нарушения обмена А. белковая Б.жировая В.углеводная	2В
	5.Прочитайте текст и установите соответствие : гиалиноз может развиваться в исходе 1. амилоидоза 2.ожирения 3.фибриноидного набухания 4.лейкоплакии Указать вид нарушения обмена: А. липидов Б.углеводов В.белков	3В
	Прочитайте задание и дайте развернутый ответ	
	Задача 1	Ответ 1:

	Клинический случай: Пациент 68 лет с длительным анамнезом сахарного диабета 2-го типа и облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей поступил с жалобами на сильные боли, похолодание и почернение дистальных отделов стопы (1-й и 2-й пальцы правой стопы). Пульсация на тыльной артерии стопы не определяется. Чувствительность в зоне почернения отсутствует. <i>Вопросы:</i> 1. Какой вид некроза развился у пациента? 2. Назовите основные макро- и микроскопические признаки этого вида некроза. 3. Каков патогенез его развития в данном конкретном случае (связь с заболеваниями)? 4. Чем данный вид некроза принципиально отличается от влажной гангрены? 5. Каков наиболее вероятный исход и возможные осложнения, если пациенту не будет оказана хирургическая помощь?	1. Вид некроза: Сухая гангрена (коагуляционный некроз). 2. Макро- и микроскопические признаки: · Макро: Участок ткани сухой, плотный, сморщенный, черного или темно-коричневого цвета (за счет пропитывания тканей сульфидом железа из гемоглобина), четко отграничен от здоровых тканей демаркационным валом. · Микро: Сохраняется "теневой" рисунок тканей, клеточные детали утрачены, ядра в состоянии кариопикноза, кариорексиса или кариолиза. В демаркационной зоне – лейкоцитарный вал и признаки воспаления. 3. Патогенез в данном случае: Хроническая ишемия, вызванная облитерирующим атеросклерозом (просвет артерий сужен бляшками) и усугубленная сахарным диабетом (микроангиопатия, нарушение репарации, снижение иммунитета). Приводит к медленной гибели клеток с массивным выпадением жидкости ("высушивание") и инфицированию преимущественно анаэробной флорой. 4. Отличие от влажной гангрены: Сухая гангрена
--	---	---

	Задача 2. Общая патологическая анатомия (Воспаление) При исследовании: При гистологическом исследовании биоптата легкого у пациента с тяжелой пневмонией в альвеолах определяется большое количество клеточных элементов, среди которых преобладают нейтрофильные лейкоциты, есть нити фибрина, макрофаги и слущенные клетки альвеолярного эпителия. Экссудат плотно прилегает к стенкам альвеол, местами заполняет их просвет полностью. <i>Вопросы:</i> 1. Какой вид экссудативного воспаления представлен? Дайте полную морфологическую характеристику. 2. Перечислите возможные исходы данного воспаления. Назовите не менее 3-х вероятных возбудителей, которые могли вызвать такое воспаление.	развивается в условиях медленной ишемии в тканях, бедных жидкостью (конечности), без массивного присоединения гнилостной флоры. Влажная гангрена возникает быстро в тканях, богатых жидкостью (кишечник, легкие), или при присоединении к сухой гангрене выраженной бактериальной инфекции; ткань отечная, гнилостная, с неприятным запахом, демаркация не выражена, высок риск сепсиса. 5. Исход и осложнения без лечения: Мутиляция (самоампутация) некротизированного участка – крайне длительный и рискованный процесс. Осложнения: инфицирование и переход во влажную гангрену, развитие сепсиса, прогрессирующая интоксикация, смерть. Ответ 2: 1. Вид воспаления: Крупозное (фибринозное) воспаление легких (лобарная пневмония). Характеризуется поражением целой доли или большого участка легкого, стадийным течением, экссудатом с преобладанием фибрина. 2. Возможные исходы: · Благоприятные: Полное разрешение (рассасывание фибрина и экссудата) или
--	--	--

4. Какие еще формы экссудативного воспаления в легких Вы знаете? Чем они характеризуются? 5. Какой неэкссудативный (альтернативный или продуктивный) тип воспаления также может встречаться в легких? Приведите пример. Задача 3. Частная патологическая анатомия (Сердечно-сосудистая система) Клинический случай: Мужчина 55 лет с гипертонической болезнью в анамнезе, нерегулярно принимавший гипотензивные препараты, доставлен скорой помощью с жалобами на сжимающие за грудиной боли, иррадиирующие в левую руку. Через 2 часа после госпитализации наступила смерть. При аутопсии: Сердце увеличено в размерах, масса 450 г. В передней стенке левого желудочка и межжелудочковой перегородке виден обширный, irregularly shaped, бледно-желтый очаг с геморрагическим венчиком. <i>Вопросы:</i> 1. Какой патологический процесс обнаружен в миокарде? Укажите его точную	организация с образованием карнификации (прорастание соединительной тканью). · Неблагоприятные: Абсцедирование, эмпиема плевры. 3. Вероятные возбудители: Streptococcus pneumoniae (пневмококк) – основной, реже Klebsiella pneumoniae, 4. Другие формы экссудативного воспаления в легких: Бронхопневмония (очаговая): Гнойное воспаление вокруг бронхов, вызывается стафилококками, стрептококками и др. · Интерстициальная пневмония: Мононуклеарная инфильтрация (лимфоциты, макрофаги) стенок альвеол. Вызывается вирусами, микоплазмой, пневмоцистами. Ответ 3: 1. Патологический процесс: Инфаркт миокарда. Стадия: Стадия некроза (острая стадия), ~1-3 суток. 2. Микроскопическая картина стадии некроза:
---	---

	морфологическую характеристику по сроку (стадии) в данном описании. 2. Опишите микроскопическую картину данной стадии инфаркта. 3. Назовите наиболее вероятную непосредственную причину смерти в данном случае. 4. Какие макроскопические изменения сердца, характерные для гипертонической болезни, еще можно было ожидать увидеть при вскрытии? 5. Какой метод патанатомического исследования необходимо применить, чтобы точно подтвердить диагноз инфаркта миокарда на ранних сроках (первые 6-12 часов)? Задача 4. Частная патологическая анатомия (Опухоли) При исследовании: При гистологическом исследовании удаленного новообразования желудка обнаружены атипичные железистые структуры, врастающие в подслизистый и мышечный слои. Клетки полиморфны, ядра гиперхромные, видны патологические митозы. В строме выраженная лимфоидная инфильтрация.	Детализация кардиомиоцитов утрачена, ядра отсутствуют (кариолизис), цитоплазма эозинофильная, гомогенная (коагуляция). По периферии очага – демаркационная зона с полнокровием, кровоизлияниями, лейкоцитарной инфильтрацией (нейтрофилы). 3. Вероятная непосредственная причина смерти: Острая сердечная недостаточность (возможно, кардиогенный шок) или фатальные аритмии (фибрилляция желудочков). 4. Изменения сердца при ГБ: Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ (без дилатации), увеличение массы сердца (>350-400 г), возможен липоматоз и диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. 5. Метод для ранней диагностики: Гистохимическая реакция на активность дегидрогеназ (в частности, сукцинатдегидрогеназы – СДГ) или теллевого синий (тетразолиевые соли). В зоне ишемии (уже через 30 мин – 2 часа) активность ферментов падает, и ткань не окрашивается, что выявляет зону будущего инфаркта до появления макроскопических изменений.
--	---	--

	<i>Вопросы:</i> 1. Дайте гистологическую классификацию данной опухоли. Является ли она зрелой или незрелой? 2. Перечислите основные критерии морфологического атипизма, которые видны в описании (минимум 3). 3. Как называется процесс распространения опухолевых клеток за пределы базальной мембраны первичного очага (отраженный в описании)? Почему это важно для прогноза? 4. Какую роль играет лимфоидная инфильтрация в строении опухоли? 5. Назовите предраковое заболевание желудка, для которого характерно изменение гистологического строения эпителия по кишечному типу.	Ответ 4: 1. Гистологическая классификация: Аденокарцинома желудка (железистый рак). Незрелая 2. Критерии атипизма из описания: · Тканевой атипизм: Нарушение архитектоники (атипичные железистые структуры, врастание в глубокие слои). · Клеточный атипизм: Клеточный полиморфизм, гиперхромия ядер. · Атипизм митотической активности: Патологические митозы. 3. Процесс распространения: Инвазивный (инфильтративный) рост. Это ключевой признак злокачественности, определяющий возможность метастазирования и радикальность лечения. Прорастание за пределы слизистой оболочки резко ухудшает прогноз. 4. Роль лимфоидной инфильтрации: Является проявлением противоопухолевого иммунного ответа организма (лимфоциты-киллеры). Выраженная лимфоидная инфильтрация (особенно в сочетании с
--	---	---

	Задача 5. Клиническая патологическая анатомия (Заключительный клинико-патологоанатомический диагноз) На секции: У женщины 62 лет, умершей в отделении реанимации, обнаружены: массивный геморрагический выпот в левой плевральной полости (1.5 л), сероватые бугристые опухолевые массы, обтурирующие главный бронх левого легкого и прорастающие в стенку легочной артерии. Множественные аналогичные опухолевые узлы в печени, надпочечниках и головном мозге. Гистологически: опухоль состоит из мелких клеток с овальными ядрами и скудной цитоплазмой. <i>Вопросы:</i> 1. Сформулируйте основное заболевание и его осложнение, приведшее к смерти 2. О каком типе роста опухоли в легком свидетельствует описание («обтурирующие... и прорастающие»)? 3. Как называются опухолевые узлы в печени, надпочечниках и головном мозге? О каком патогенетическом механизме их возникновения это говорит? 4. Учитывая гистологическое описание, какой наиболее вероятный гистологический тип рака легкого у данной пациентки? 5. Какой паранеопластический синдром часто ассоциирован с данным типом опухоли?	герминативными центрами) часто коррелирует с более благоприятным прогнозом. 5. Предраковое заболевание: Кишечная метаплазия эпителия желудка (чаще при хроническом атрофическом гастрите). Ответ 5: 1. Основное заболевание: Мелкоклеточный рак левого главного бронха (центральный рак легкого) с метастазами в печень, надпочечники, головной мозг (T4NxM1 – стадия Осложнение: Прорастание опухоли в стенку легочной артерии с возникновением профузного кровотечения в плевральную полость (гемоторакс). Непосредственная причина смерти: Острая массивная кровопотеря (геморрагический шок). 2. Тип роста опухоли: Инфильтративно-деструктивный (эндофитный) рост с признаками периневральной и периваскулярной инвазии. 3. Опухолевые узлы в органах: Гематогенные метастазы. Механизм возникновения: прорастание опухоли в просвет легочной вены
--	---	--

		(или ее ветвей) → отрыв опухолевых эмболов → диссеминация по большому кругу кровообращения → оседание и рост в органах-мишенях (часто мозг, печень, надпочечники). 4. Гистологический тип: Мелкоклеточный (овсяноклеточный) нейроэндокринный рак легкого (наиболее агрессивный). 5. Частый паранеопластический синдром: Синдром эктопической продукции АКТГ (синдром Кушинга) или синдром неадекватной секреции АДГ (SIADH). Реже – синдром Ламберта-Итона (миастенический синдром).
ПК-2	Прочитайте задание и дайте краткий ответ	
	№1. Больной 62-х лет умер от острого лейкоза. На вскрытии, кроме проявлений основного заболевания, обнаружены изменения в сердце. Оно увеличено в размерах, миокард дряблый, на разрезе глинистого вида, со стороны эндокарда, особенно в области папиллярных мышц, <u>бело-желтая исчерченность</u>. Назовите ид дистрофии, которая развилась в миокарде Задача №2. Пациент пожилого возраста, страдающий тяжелой формой сахарного диабета и атеросклерозом артерий нижних конечностей,	Ответ 1: Паренхиматозная жировая дистрофия. Ответ 2: 1. Некроз. 2. Сухая гангрена.

	обратился к хирургу с жалобами на почернение кожи и потерю чувствительности первого пальца правой стопы. При осмотре: кожные покровы пальца сухие, сморщенного вида, плотные, чёрного цвета. Пульсация артерий стопы не определяется. Принято решение ампутировать пораженный палец. Задание: Назовите атологический процесс в пальце стопы. го клинико-морфологическая форма. Задача №3. У больного, страдающего фолликулярной ангиной (температура тела до 39° С), выражена тахикардия, при анализе мочи обнаружены следы белка. После выздоровления деятельность сердца нормализовалась, анализы мочи без отклонений от нормы. Задание: 1.Какой патологический процесс развивался в миокарде и почках? Задача №4. Больная 67 лет, была доставлена в больницу по скорой помощи с переломом бедренной кости. После наложения гипса больной был рекомендован постельный режим. Через несколько дней при попытке встать с постели больная умерла. Задание: ричина смерти? Задача № 5. Больной 34 лет, с глубокими повреждениями тканей верхней левой конечности был доставлен в клинику с наложенным жгутом. При осмотре: ткани бледные, на ощупь холодные. У больного наблюдается нарушение периферического кровообращения - ишемия. Задание: 1.Что такое ишемия?	Ответ 3: Зернистая дистрофия (мутное набухание). Ответ 4: Причина смерти – эмболия Ответ 5: Ишемия - это ослабление кровенаполнения органа или ткани вследствие ограничения или полного прекращения притока артериальной крови
--	--	---

--	--	--

ПК-5

Задачи закрытого типа 30

Задача 1 Мужчина, 56 лет, длительно страдал алкоголизмом. Умер от массивного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Вопросы: 1. Каков макроскопический вид пищевода при этом состоянии? 2. Каков механизм развития кровотечения? 3. Назовите основное заболевание, приведшее к портальной гипертензии у данного пациента. Задача 2 Пациентка, 68 лет, жаловалась на дисфагию, похудание. При эндоскопии в средней трети пищевода выявлена опухоль с изъязвлением. Гистологически: пласты атипичных клеток с формированием «раковых жемчужин». Вопросы: 1. Каков гистологический тип опухоли? 2. Укажите наиболее частую локализацию данного типа рака пищевода в России. 3. Каковы основные факторы риска развития данной нозологии? Задача 3 Мужчина, 45 лет, умер от кахексии. При вскрытии: пищевод резко расширен, стенка его утолщена, слизистая оболочка	Ответы:1 1. Слизистая оболочка пищевода бледная, в подслизистом слое видны извитые, узловато расширенные вены (симптом «мешка с червями»). 2. Разрыв истонченной стенки варикозного узла вследствие повышения давления в портальной системе (портальная гипертензия) и возможного сопутствующего рефлюкс-эзофагита. 3. Цирроз печени (чаще всего алкогольной этиологии). Ответы:2 1. Плоскоклеточный ороговевающий рак. 2. Средняя треть пищевода. 3. Курение, алкоголь, термические и химические ожоги, пищевод Барретта (для аденокарциномы), папилломавирус. Ответы:3
---	--

гипертрофирована, выше сужения в кардиальном отделе. Гистологически: отсутствие ганглиозных клеток в мышечном сплетении нижней трети пищевода. Вопросы: 1. Назовите заболевание. 2. Каков патогенез расширения пищевода? 3. Какое осложнение является наиболее частым при данной патологии? Задача 4 Пациент, 62 года, умер от желудочно-кишечного кровотечения. В антральном отделе желудка обнаружена язва округлой формы с плотными валикообразными краями, дно неровное, покрыто грязно-серыми массами. Вопросы: 1. Ваш макроскопический диагноз (тип язвы)? 2. Назовите характерную гистологическую картину дна такой язвы. 3. Какой исход (кроме кровотечения) наиболее типичен для данной формы язвы? Задача 5 При аутопсии тела мужчины 50 лет в желудке обнаружена диффузная инфильтрация стенки плотной белесоватой тканью, стенка ригидная («панцирный желудок»). Вопросы: 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Каков гистологический тип (по классификации Лорена) наиболее характерен для этой формы? 3. Каков прогноз и особенности метастазирования? Задача 6 Мужчина, 35 лет, умер от перитонита. В передней стенке желудка имеется сквозное отверстие 1х1,5 см с подрывными краями.	1. Ахалазия кардии (ахалазия пищевода). 2. Отсутствие (дегенерация) интрамуральных нейронов ауэрбахова сплетения → нарушение перистальтики и нераскрытие нижнего пищеводного сфинктера. 3. Аспирационная пневмония, рак пищевода (на фоне застойного эзофагита). Ответы:4 1. Каллѐзная (хроническая) язва желудка с малигнизацией (подозрение на рак-язву). 2. Четыре слоя: экссудат (фибринозно-гнойный), фибриноидный некроз, грануляционная ткань, рубцовая ткань с эндартериитом и гиперплазией нервов. 3. Малигнизация (озлокачествление). Ответы:5 1. Инфильтративно-диффузный рак (Linitis) 2. Диффузный тип (перстневидно-клеточный рак, инфильтративный рост без железистых структур). 3. Прогноз неблагоприятный, раннее метастазирование контактным (периневрально) и лимфогенным путями; характерны метастазы Крукенберга (в яичники) и метастазы Шницлера (в параректальную клетчатку).
--	--

Вопросы: 1. Какое острое заболевание привело к перфорации? 2. Гистологически в краях дефекта определяется некроз мышечного слоя и лейкоцитарная инфильтрация. Какова вероятная причина у молодого мужчины? 3. Какое осложнение развилось после перфорации? Задача 7 Больная 70 лет, длительно страдала В12-дефицитной анемией и атрофическим гастритом. Умерла от сердечной недостаточности. При вскрытии: слизистая желудка сглажена, складки не выражены. Вопросы: 1. Какая форма гастрита имеет наибольший риск малигнизации? 2. Каковы патоморфологические типы аутоиммунного гастрита (по локализации)? 3. Назовите предраковое изменение слизистой (интраэпителиальную неоплазию) при данном фоне. Задача 8 Ребенок 12 лет, умер от кишечной непроходимости. В тонкой кишке обнаружено дивертикул Меккеля, ставший причиной инвагинации. Вопросы: 1. На каком расстоянии от илеоцекального угла обычно расположен дивертикул Меккеля? 2. Какие три типа тканей могут быть обнаружены в гетеротопиях в стенке дивертикула? 3. Кроме инвагинации, назовите еще два частых осложнения дивертикула Меккеля. Задача 9 Больная 45 лет с болезнью Крона длительное время получала иммуносупрессивную терапию. Умерла от сепсиса. При вскрытии в подвздошной кишке обнаружены глубокие продольные язвы,	Ответы:6 1. Острая язва желудка. 2. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) или стресс (язва Кушинга – при поражении ЦНС, или язва Курлинга – при ожогах/сепсисе). Разлитой фибринозный перитонит. Ответы:7 1. Аутоиммунный (тип А) гастрит с тотальной атрофией. 2. Фундальный (тело желудка) и антральный (при аутоиммунном – обычно фундальный). 3. Интраэпителиальная неоплазия (dysplasia) В ы с о к о Ответы:8 1. На расстоянии 60–100 см (примерно 2 фута). 2. Слизистая желудка (главная опасность – язва и кровотечение), поджелудочная железа, ткань двенадцатиперстной кишки. 3. Кровотечение (язва), дивертикулит (перитонит). Ответы:9 1. Саркоидоподобные (неказеифицирующие) гранулемы в подслизистом слое.
--	---

чередующиеся с участками неизменной слизистой («булыжная мостовая»). Вопросы: 1. Назовите характерный для болезни Крона гистологический признак (гранулемы). 2. В чем отличие поражения кишки при болезни Крона от язвенного колита (по глубине и непрерывности)? 3. Какое осложнение со стороны желчевыводящих путей часто ассоциировано с данной патологией? Задача 10 Больной 78 лет, умер от перитонита. При вскрытии в сигмовидной кишке множественные мешковидные выпячивания стенки, одно из них перфорировано. Вопросы: 1. Назовите заболевание. 2. Каков гистогенез (механизм образования) этих выпячиваний? 3. Какие изменения в стенке кишки (гистологически) способствуют развитию заболевания? Задача 11 Пациентка 30 лет, умерла от массивного кишечного кровотечения. При колитоскопии и аутопсии: слизистая толстой кишки резко гиперемирована, зерниста, множество эрозий и псевдополипов. Вопросы: 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Каков гистологический признак, отличающий это заболевание от болезни Крона в стадии обострения? 3. Назовите наиболее грозное позднее осложнение (малигнизация) при тотальном поражении кишечника длительностью более 10 лет. Задача 12	2. Поражение трансмуральное (все слои), сегментарное (с чередованием здоровых участков). 3. Первичный склерозирующий холангит (ПСХ). Ответы:10 1. Дивертикулез толстой кишки (дивертикулит с перфорацией). 2. Псевдодивертикулы (выпячивание слизистой и подслизистой через дефекты мышечного слоя) вследствие дискоординации перистальтики и повышенного внутрипросветного давления. 3. Гипертрофия и склероз мышечного слоя (мышечная гипертрофия тауни), эластофиброз. Ответы:11 1. Неспецифический язвенный колит (НЯК). 2. Поражение только слизистой оболочки (без гранулем), наличие крипт-абсцессов (крипт-абсцессов Либеркюна), непрерывность поражения от прямой кишки проксимально. 3. Аденокарцинома толстой кишки (колоректальный рак).
---	---

	Мужчина, 55 лет, злоупотреблял алкоголем, умер от сердечной недостаточности. При вскрытии: слизистая тонкой кишки отечна, видны расширенные лимфатические сосуды, напоминающие «белые узелки». Вопросы: 1. Назовите заболевание, характеризующееся вторичным расширением лимфатических сосудов кишечника при портальной гипертензии. 2. Как называется синдром первичного расширения лимфатических сосудов у детей? 3. Каков механизм энтеропатии при данном состоянии? Задача 13 Мужчина 48 лет, болен хроническим гепатитом В. Умер в терминальной стадии заболевания. Печень на вскрытии плотная, мелкобугристая (размеры уменьшены), желтуха, асцит. Вопросы: 1. Диагноз? 2. Гистологически: ложные дольки, разделенные фиброзными септами. Назовите этот процесс. 3. Назовите три основных портальных синдрома, характерных для этого состояния. Задача 14 Женщина, 60 лет, страдала желчнокаменной болезнью. Умерла от холангита и сепсиса. При вскрытии: в общем желчном протоке камень. Печень темно-зеленого цвета, увеличенная. Вопросы: 1. Назовите вид желтухи, развившийся у пациентки. 2. Какой вид пигментации кожи и внутренних органов характерен для этой желтухи? 3. Гистологически: расширенные желчные протоки, пропитывание желчью гепатоцитов (холестаза), «желтые тромбы». Назовите основной механизм гибели гепатоцитов в данном случае.	Ответы:12 1. Вторичная лимфангиэктазия. 2. Болезнь Милроя (первичная лимфангиэктазия) или синдром Вальдмана. 3. Потеря белка в просвет кишечника (экссудативная энтеропатия) из-за повышения гидростатического давления в лимфатических сосудах. Ответы:13 1. Цирроз печени (морфологически – мелкоузловой). 2. Цирроз (перестройка архитектоники печени с образованием ложных долек и фиброзом). 3. Портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность, гепаторенальный синдром. Ответы:14 1. Механическая (обтурационная, подпеченочная) желтуха. 2. Желтушное окрашивание кожи, склер, слизистых, окрашивание внутренних органов (особенно почечных сосочков и интимы сосудов) в желто-оливковый цвет. 3. Биллиарный некроз (холемиа) – цитотоксическое действие желчных кислот.
--	---	--

Задача 15

Мужчина, 32 года, в течение 2 лет употреблял анаболические стероиды. Появилась желтуха, асцит. Умер от печеночной комы. Печень увеличена, плотная, с мелкими узлами, напоминает мускатный орех.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назовите гистологический тип цирроза, который сформировался (характер узелков).
3. Какое осложнение (злокачественная опухоль) часто развивается на фоне этой этиологии?

Задача 16

Ребенок 3 лет с гепатоспленомегалией, задержкой развития, пигментацией кожи. При биопсии печени: гепатоциты содержат гранулы гемосидерина, фиброз.

Вопросы:

1. Какое наследственное заболевание (нарушение обмена) следует заподозрить?
2. Каков тип наследования?
3. Назовите вторичную (приобретенную) форму перегрузки железом, встречающуюся у взрослых.

Задача 17

Больная 55 лет, длительный анамнез язвенного колита. Появилась желтуха, кожный зуд. При биопсии печени: «луковичная» фиброзная облитерация желчных протоков (перидуктальный фиброз).

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какова вероятность развития холангиокарциномы при данном заболевании?
3. Назовите основной диагностический маркер в сыворотке крови (специфические антитела).

Задача 18

Женщина 45 лет, аутоиммунный гепатит. Умерла от печеночной недостаточности. При гистологии: мостовидные некрозы, плазмочитарная инфильтрация портальных трактов, «розетки» из гепатоцитов.

Ответы:15

1. Цирроз печени (хронический гепатит с исходом в цирроз), вызванный лекарственным (стероидным) поражением.
2. Крупноузловой (макроузловой) цирроз. Гепатоцеллюлярная карцинома.

Ответы:16

1. Гемохроматоз (наследственный).
2. Аутосомно-рецессивный (мутации гена HFE).
3. Вторичный гемосидероз (при множественных гемотрансфузиях, анемиях, алкоголизме).

Ответы:17

1. Первичный склерозирующий холангит (ПСХ).
2. Высокая (10–15%).
3. p-ANCA (перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела) — хотя не специфичны, но характерны; также повышение ЩФ.

	Вопросы: 1. Назовите тип аутоиммунного гепатита по типу антител (классификация). 2. Каковы типичные лабораторные маркеры (антитела)? 3. Какая стадия фиброза (по METAVIR) подразумевает наличие цирроза? Задача 19 Мужчина 40 лет, злоупотребление алкоголем. Умер от шока. При вскрытии: поджелудочная железа увеличена, с очагами кровоизлияний и стеатонекроза (беловатые пятна) в парапанкреатической клетчатке. Вопросы: 1. Диагноз? 2. Назовите источник активации панкреатических ферментов in situ. 3. Патогномоничный гистологический признак (вид некроза) в жировой ткани. Задача 20 Пациент 65 лет, похудание, безболезненная желтуха. При вскрытии в головке поджелудочной железы плотная опухоль сероватого цвета, желчный пузырь растянут (признак Курвуазье). Вопросы: 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Гистологический тип опухоли в 90% случаев? 3. Назовите наиболее частую локализацию метастазов Задача 21 Мужчина 30 лет, муковисцидоз. Умер от легочной недостаточности. При вскрытии: поджелудочная железа мелкая, плотная, с выраженным фиброзом и расширенными протоками, заполненными вязким секретом. Вопросы: 1. Назовите тип поражения поджелудочной железы при муковисцидозе. 2. Каков генетический дефект? 3. Какие изменения в легких и кишечнике характерны для этого заболевания?	Ответы:18 1. Тип 1 (классический) – ANA и SMA; тип 2 – anti- 2. ANA (антиядерные) и SMA (антитела к гладкой мускулатуре). 3. F4 (цирроз). Ответы:19 1. Острый панкреатит (геморрагический). 2. Активация трипсиногена в трипсин внутри ацинарных клеток и протоков (нарушение оттока, аутолиз). 3. Жировой некроз (стеатонекроз) с образованием теней адипоцитов и отложением солей кальция. Ответы:20 1. Аденокарцинома головки поджелудочной железы. 2. Протоковая аденокарцинома (ductal 3. Печень, регионарные лимфоузлы, брюшина (канцероматоз). Ответы:21 1. Кистозный фиброз поджелудочной железы (панкреатическая форма муковисцидоза). 2. Мутация гена CFTR (трансмембранного
--	--	---

	Задача 22 Пациентка 70 лет с мерцательной аритмией. Внезапно развилась картина «острого живота». При лапаротомии и аутопсии: тонкая кишка темно-багрового цвета, стенка истончена, серозная оболочка тусклая. Вопросы: 1. Диагноз? 2. Каков механизм развития (вид нарушения кровообращения)? 3. Назовите основной сосуд, тромбоз которого наиболее часто приводит к этому состоянию. Задача 23 Мужчина 80 лет, длительный запор, умер от перитонита. При вскрытии: в селезеночном изгибе ободочной кишки циркулярная язва с перфорацией. Сосуды кишки склерозированы. Вопросы: 1. Назовите вид ишемического колита. 2. Какая анатомическая особенность делает селезеночный изгиб наиболее уязвимым для ишемии? 3. Гистологическая картина стенки кишки в зоне поражения. Задача 24 В антральном отделе желудка случайно обнаружено небольшое (1,5 см) возвышение с пупковидным вдавлением. Гистологически: опухоль состоит из мелких мономорфных клеток, формирующих трабекулы и розетки. Иммуногистохимически: хромогранин А (+). Вопросы: 1. Диагноз? 2. Какой синдром (классическая триада) возникает при гормонально-активной опухоли того же гистогенеза, локализующейся в поджелудочной железе (гастроиннома)? 3. Каков прогноз при размере опухоли менее 1 см? Задача 25 В сигмовидной кишке мужчины 60 лет обнаружен полип на ножке. Гистологически:	регулятора муковисцидоза) – 7 хромосома. 3. Бронхоэктазы (обструкция вязкой мокротой) и мекониевый илеус у новорожденных. Ответы:22 1. Инфаркт кишечника (гангрена кишки). 2. Эмболия верхней брыжеечной артерии (ишемический инфаркт, геморрагическое пропитывание). 3. Верхняя брыжеечная артерия (arteria mesenterica superior). Ответы:23 1. Гангренозный ишемический колит (инфаркт кишки на фоне атеросклероза). 2. Граница бассейнов верхней и нижней брыжеечных артерий (зона Гриффитса) и функциональный спазм. 3. Некроз слизистой, подслизистого слоя, тромбы в сосудах, гемосидерин в макрофагах (при хронической ишемии). Ответы:24 1. Нейроэндокринная опухоль (НЭО) желудка, тип I (на фоне атрофического гастрита). 2. Синдром Золлингера-Эллисона (рецидивирующие язвы желудка и ДПК, гипергастринемия, диарея).
--	---	---

железистые структуры с атипией, но без прорастания подслизистого слоя. Вопросы: 1. Диагноз по классификации TNM (стадия)? 2. Что означает термин «рак in situ» (pTis) для толстой кишки? 3. Назовите основной генетический путь развития колоректального рака (последовательность). Задача 26 Умерла женщина 50 лет с пигментными пятнами на губах и пальцах. При вскрытии множественные полипы в тонкой кишке, одна из аденом с признаками малигнизации. Вопросы: 1. Назовите синдром. 2. Тип наследования. 3. Гистологический тип полипов (особенность мышечного слоя). Задача 27 Ребенок 5 лет, умер от обезвоживания. В тонкой кишке слизистая истончена, ворсинки сглажены, цилиндрический эпителий уплощен. В мазках-отпечатках обнаружены простейшие. Вопросы: 1. Наиболее вероятный возбудитель? 2. Каков механизм диарей? 3. Какие группы населения наиболее подвержены тяжелому течению? Задача 28 Мужчина 35 лет, ВИЧ-инфекция, стадия СПИД. Умер от кахексии и энцефалита. При вскрытии: в подвздошной кишке множественные язвы, гистологически – ядерные включения («совиный глаз») в эндотелии и стромальных клетках. Вопросы: 1. Назовите возбудителя. 2. Тип вируса (семейство).	3. Благоприятный (низкий метастатический потенциал). Ответы:25 1. Аденома (тубулярная, тубуло-ворсинчатая) с дисплазией высокой степени (HGD). Примечание: если нет инвазии через мышечную пластинку слизистой, это не рак, а аденома. 2. Интраэпителиальная неоплазия/рак in situ – ограничен слизистой оболочкой без прорастания в подслизистый слой (для толстой кишки pTis). 3. Аденома-карцинома (последовательность: APC → KRAS → p53). Ответы: 26 1. Синдром Пейтца-Еггерса 2. Аутосомно-доминантный (мутация гена 3. Гамартомные полипы с характерным древовидным ветвлением гладкомышечной ткани в строме. Ответы:27 1. Лямблии (Giardia lamblia). 2. Атрофия ворсин, ферментативная недостаточность (осмотическая диарея). 3. Дети, лица с иммунодефицитом.
---	--

	3. Какие еще органы чаще всего поражаются при генерализации? Задача 29 Мужчина 45 лет, хронический алкоголизм, умер от перитонита. При вскрытии в области слепой кишки червеобразный отросток изменен, стенка его утолщена, просвет расширен, содержит гной. Вопросы: 1. Диагноз? 2. Назовите возможный этиологический фактор. 3. Каков исход при отсутствии лечения? Задача 30 Ребенок 2 лет, умер от токсико-дистрофии. В тонкой кишке слизистая покрыта пленками фибрина, налетами, напоминающими манную крупу. Гистологически: поверхностный некроз, псевдомембраны. Вопросы: 1. Какое инфекционное заболевание следует исключить? 2. Какой возбудитель чаще всего вызывает псевдомембранозный колит у взрослых? 3. С каким классом антибиотиков это связано наиболее часто?	Ответы:28 1. Цитомегаловирус (CMV). 2. Герпесвирусы 3. Легкие (пневмония), сетчатка глаза (ретинит), надпочечники, головной мозг. Ответы:29 1. Гангренозный аппендицит (флегмонозный с переходом в гангрену). 2. Смешанная микрофлора энтерококки) на фоне обтурации. 3. Перфорация, перитонит, сепсис. Ответы:30 1. Дизентерия (шигеллез) – для тонкой кишки нехарактерно; вероятно, энтеровирус или стафилококковый энтерит. По описанию: Clostridium difficile у взрослых. 3. Линкозамины (клиндамицин), цефалоспорины, фторхинолоны.
--	---	--