

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кудряков Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 16.06.2026 09:21:32
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Клиническая патологическая анатомия, семестр 11

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Патофизиологии и общей патологии
Выпускающая кафедра	внутренних болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ:

Реферат (от лат. refero – докладываю, сообщаю) – изложение результатов анализа современной литературы по выбранной теме, базирующееся на изучении различных литературных источников (статьи в медицинских журналах, в том числе зарубежных, монографии, учебные пособия, справочники) и представленное в структурированном виде. Структура реферата включает: актуальность выбранной темы (эпидемиология, место в структуре заболеваемости, неизученные патогенетические механизмы, неэффективность существующего лечения как индуктор изучения данного процесса или это новые данные, имеющие значение для диагностики и лечения), цель (соответствует теме и направлена на ее раскрытие), разделы, содержание которых раскрывает тему, обсуждение и выводы, список используемой литературы.

Темы рефератов представлены в учебно-методическом пособии для самостоятельной работы студента и в «Оценочных средствах» рабочей программы.

Реферат представляется в виде презентации и печатном виде и защищается публично во время занятия.

Список тем рефератов:

1. История становления патологоанатомической службы в России как пример развития общепатологического мышления врача.
2. История развития патологической анатомии. Периоды развития патологической анатомии. Структура, задачи и методы патологоанатомической службы.
3. Предмет клинической патологической анатомии (клинической патологии).
4. Общая патология как основа формирования клинического мышления врача.
5. Биопсийная диагностика. Световая и электронно-микроскопическая диагностика. Применение и значение для клиники.
6. Цитологическая диагностика. Применение и значение для клиники.
7. Иммуногистохимия в клинической морфологии.
8. Молекулярно-генетический анализ, полногеномные исследования полиморфных аллелей. Применение и значение для клиники.
9. Диагностические возможности современных эндоскопических методов исследования в клинике.
10. Общая характеристика методов диагностической визуализации (ультразвуковые и томографические технологии, прижизненная оксиметрия и флуоресцентная визуализация и др).
11. Современные методы сердечно-сосудистой визуализации в диагностике ишемической болезни сердца (методы визуализации атеросклеротического поражения коронарных артерий - коронароангиография, внутрисосудистое ультразвуковое исследование мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастом КА, МСКТ-оценка коронарного кальция;

методы анализа функция миокарда - стресс-ЭхоКГ, стресс-МРТ, методы радиоизотопной диагностики - перфузионная сцинтиграфия миокарда, однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

12. Структура клинического и патологоанатомического диагноза. Категории расхождения диагноза.
13. Особенности формулировки и кодирования диагнозов заболеваний отдельных классов МКБ-11 (заболевания сердечно сосудистой системы – ИБС, ГБ, атеросклероз; заболевания дыхательной системы и др.).
14. Ремоделирование миокарда при гипертонической болезни.
15. Ремоделирование миокарда при ИБС.
16. Предопухолевые заболевания и рак.
17. Таргетная терапия в онкологии.
18. Понятие коморбидности и её клиническое значение.
19. Общая характеристика экстремальных состояний.
20. Коллапс. Шок. Причины, пато- и морфогенез, исходы и осложнения. Особенности патогенетических механизмов коллапса и шока.
21. Кома. Причины и виды комы, пато- и морфогенез, исходы и осложнения.
22. Острая кишечная непроходимость. Причины, пато- и морфогенез, осложнения и исходы.
23. Синдром полиорганной недостаточности – причины, пато- и морфогенез.
24. Терминальные состояния. Стадийность в танатогенезе. Признаки клинической и биологической смерти.
25. Постреанимационная болезнь.
26. ТЭЛА. Причины, пато- и морфогенез, исходы и осложнения.
27. РДС-взрослого. Причины, пато- и морфогенез, исходы и осложнения.
28. Сепсис. Причины, пато- и морфогенез, исходы и осложнения.
29. Инфаркт миокарда. Причины, пато- и морфогенез, исходы и осложнения.

Защита решения задачи

Обучающийся так же, как и тему реферата, выбирает задачу для самостоятельного решения и публичной защиты этого решения, оформленного в виде презентации в соответствии с алгоритмом решения, который отражается в последовательности действий при решении.

Алгоритм решения задачи

1. Анализ жалоб больного
2. Анализ данных анамнеза
3. Анализ данных объективных методов исследования
- осмотра больного, физикальных методов исследования.
4. Анализ имеющихся на данном этапе работы с больным результатов дополнительных методов исследования

Эти первые 3-4 этапа позволяют на 70-80% сформулировать правильную диагностическую гипотезу (предварительный диагноз), составить перечень заболеваний, включенных в «дифференциальный диагноз» и перейти к дополнительным методам исследования, позволяющим подтвердить или опровергнуть выдвинутую диагностическую гипотезу. Результаты дополнительных методов обследования должны доказать, или материализовать диагноз и позволить сформулировать клинический диагноз. Таким образом, после 1-6 пунктов следует **план обследования** (это пункт 7), включающий планируемые вами дополнительные методы исследования, направленные на подтверждение диагностической гипотезы (или предварительного диагноза).

5. Предварительный диагноз
6. Дифференциальный диагноз
7. План обследования
8. Анализ полученных результатов
9. Клинический диагноз, оформленный в соответствии со структурой диагноза
10. Схема патогенеза заболевания
11. Описание морфологического субстрата болезни

12. Потенции патологического процесса в данном клиническом случае (прогноз)

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Задание для показателей оценивания дескриптора «Знает»

Сформулируйте развернутые ответы на следующие теоретические вопросы:

1. Предмет и задачи клинической патологической анатомии, методы исследования, значение для клиники.
2. Организация патологоанатомической службы, порядок направления биопсийного материала на патогистологическое исследование.
3. Биопсийная диагностика. Особенности биопсийной диагностики в гастроэнтерологии, гинекологии и других разделах.
4. Принципы забора, хранения и работы с биопсийным материалом.
5. Особенности интерпретации морфологической картины биопсий
6. Структура клинического и патологоанатомического диагноза. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов. Категории расхождения диагнозов.
7. Световая и электронно-микроскопическая диагностика. Применение и значение для клиники.
8. Цитологическая диагностика. Применение и значение для клиники.
9. Иммуногистохимия в клинической морфологии
10. Молекулярно-генетический анализ, полногеномные исследования полиморфных аллелей.
11. Диагностические возможности современных эндоскопических методов исследования в клинике.
12. Экстремальные состояния – коллапс, шок, кома, острая кишечная непроходимость.
13. Коллапс – причины, пато- и морфогенез, исходы.
14. Шок. Виды шока, пато- и морфогенез, исходы и осложнения.
15. Кома. Причины или виды комы, пато- и морфогенез, исходы.
16. Острая кишечная непроходимость. Причины, пато- и морфогенез, осложнения и исходы.
17. Выделите общие патогенетические механизмы в развитии экстремальных состояний.
18. Укажите различия в патогенетических механизмах развития шока и коллапса.
19. В чем заключается (если она есть) стереотипность морфологических изменений на тканевом (органном) уровне при шоке, коллапсе и коме?
20. Что составляет морфогенетическую основу полиорганной недостаточности?
Терминальные состояния. Признаки клинической и биологической смерти.
21. Определение хронического гастрита (ХГ). Этиология, пато- и морфогенез, клинко-морфологические варианты ХГ.
22. Понятие хронического атрофического гастрита (ХАГ), его морфогенез (морфогенетическая схема) и клиническое значение.
23. Морфологические критерии ХАГ, его классификация – метапластический, неметапластический ХАГ.
24. Понятие «функциональной» атрофии в слизистой оболочке желудка (СОЖ).
25. Основные морфологические феномены в СОЖ в процессе прогрессирования хронического воспаления (атрофия, мукоидизация, энтеролизация, кишечная метаплазия полная и неполная, дисплазия).
26. Определение язвенной болезни (ЯБ). Этиология, пато- и морфогенез ЯБ, ее клиническое значение. Основные морфологические феномены, наблюдаемые в СОЖ при ЯБ.
27. Эпидемиология рака желудка (РЖ), его место в структуре онкологической заболеваемости и смертности. Факторы риска развития РЖ. Особенности желудочного канцерогенеза: РЖ кишечного и диффузного типов. Эпидемиологические, клинические и патоморфологические особенности кишечного и диффузного типов РЖ.
28. Предопухольные заболевания желудка - ХАГ, ЯБ, болезнь Менетрие, аденоматозные

полипы (аденомы СОЖ), культя желудка.

29. Предопухолевые изменения СОЖ (атрофия, кишечная метаплазия, дисплазия).
 - а. Колоректальный рак (КРР). Эпидемиология. Факторы риска. Предопухолевые заболевания и синдромы – аденоматозные полипы, наследственные синдромы полипозного и непалипозного колоректального рака.
30. Рак легких. Эпидемиология. Факторы риска. Предопухолевые заболевания легких.
31. Пато- и морфогенез рака легкого. Предопухолевые изменения в слизистой оболочке бронхов.
32. Классификация рака легкого, особенности клинических проявлений в зависимости от топографии опухолевого процесса (центральный, периферический рак легкого) и его гистотипа (немелкоклеточный и мелкоклеточный рак легкого).
33. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания предстательной железы (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома предстательной железы), проявления, методы диагностики, значение.
34. Простатическая интраэпителиальная метаплазия (ПИН, PIN), этиология, проявления, значение. Скрининговые методы диагностики предраковых изменений и рака предстательной железы.
35. Рак предстательной железы, этиология, патогенез, классификация, общая характеристика основных форм рака предстательной железы (ацинарная карцинома, протоковая карцинома), методы диагностики.
36. Эпидемиология рака шейки матки (РШМ). Факторы риска.
37. Современные представления о пато- и морфогенезе РШМ.
38. Основные методы скрининга и диагностики РШМ.
39. Цервикальная эктопия, определение, синонимы, причины развития, морфологические проявления. Значение зоны трансформации в развитии опухолевой патологии шейки матки.
40. Гиперплазия эндоцервикса (железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндоцервикса, микрожелезистая гиперплазия, атипичная микрожелезистая гиперплазия эндоцервикса): морфологическая характеристика, значение.
41. Предраковые заболевания шейки матки, понятие о дисплазии, цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН, CIN), плоскоклеточных интраэпителиальных поражениях (SIL, low grade, high grade), этиология, патогенез, проявления, методы диагностики, значение.
42. Предшественники аденокарциномы шейки матки, понятие о дисплазии эндоцервикального эпителия (эндоцервикальная дисплазия, цервикальная интраэпителиальная железистая неоплазия (CIGN), аденокарцинома in situ, морфологические проявления, методы диагностики, значение.
43. Рак шейки матки, эпидемиология, классификация (плоскоклеточная карцинома, микроинвазивная карцинома, микроинвазивная аденокарцинома, инвазивная аденокарцинома), проявления, значение морфологического метода в диагностике рака шейки матки.
44. Железистая гиперплазия эндометрия, классификация, характеристика различных форм гиперплазии, значение морфологического метода диагностики гиперпластических изменений эндометрия, биологическое значение.
45. Полипы эндометрия: классификация их характеристика, значение морфологического метода диагностики гиперпластических изменений эндометрия, биологическое значение.
46. Эндометриальная аденокарцинома, эпидемиология, классификация, проявления, значение морфологического метода в диагностике рака эндометрия
47. Эпидемиология рака молочной железы (РМЖ). Факторы риска. Современные представления о канцерогенезе в молочной железе.
48. Основные методы скрининга и диагностики РМЖ.
49. Предраковые заболевания и изменения в молочной железе. Пролиферативные и гиперпластические процессы в молочной железе: фиброзно-кистозная болезнь, протоковая и дольковая гиперплазия молочной железы, внутрипротоковая папиллома молочной железы, фиброзирующий аденоз, радиальный рубец.
50. Рак молочной железы, классификация, общая характеристика основных форм рака молочной железы (проточный рак: неинвазивный, инвазивный; дольковый рак: неинвазивный,

инвазивный), особенности их течения и прогноза.

51. Иммуногистохимический метод в диагностике и лечении рака молочной железы, значение определения статуса рецепторов к эстрогенам, прогестерону и HER2/NEU. Молекулярная классификация протокового рака молочной железы.

52. Понятие коморбидности. Наиболее частые сочетания заболеваний, их клиническое значение.

Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет», «Владеет»

Решить клиническую задачу – сформулировать клинический или патологоанатомический диагноз в соответствии со структурой диагноза:

Задача № 1. В приемное отделение поступил больной мужчина 73 лет. Жалобы: жгучие боли за грудиной, сохраняющиеся в течение 45 мин, резкая слабость. Объективно: бледность кожных покровов, акроцианоз, феномен белого пятна 5 сек, артериальная гипотензия 80/60 мм. рт. ст., одышка 25 дыханий в минуту, ЧСС 100 в минуту. В анамнезе: с 50-летнего возраста артериальная гипертензия (АД до 170/100 мм. рт. ст.), последние 10 лет диагностирована мочекаменная болезнь.

Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план обследования.

Данные дополнительных методов обследования:

ЭхоКГ: зоны гипо- и акинезии в миокарде передней стенки левого желудочка.

Коронарография: полная окклюзия левой нисходящей коронарной артерии.

ЭКГ: регистрируется комплекс QS в I, II и AVL отведении

УЗИ почек: камни в правой почке с атрофией ее паренхимы и гидронефрозом.

УЗИ крупных сосудов: установлено наличие атеросклеротических изъязвленных бляшек в аорте.

Задача № 2. Мужчина – 45 лет поступил на стационарное лечение 18 августа, жалобы: тошнота, рвота, увеличение живота, снижение веса. 26 августа проведена операция, наступила смерть. Клинический диагноз: рак желудка с метастазами в печень и другие органы. Желудочно-кишечное кровотечение, перитонит, динамическая непроходимость кишечника, цирроз печени. Аутопсия: в брюшной полости около 3 литров кровянистого содержимого. На брюшине – фиброзные наложения. В области малого сальника, ворот печени, в головке поджелудочной железы – спаянные между собой плотные узлы разного диаметра, некоторые из них распадаются. Серовато-желтого цвета узлы обнаружены в легком. Диаметр узлов не превышает 1-1,5 см. лимфатические узлы ворот печени, парааортальные, бифуркационные – увеличены, красно-серого цвета. На интима аорты тошнота распадающиеся атеросклеротические бляшки. Гистологически все узлы представляют собой мезотелиому.

Задача № 3. Мужчина – 50 лет. Неоднократно находился на стационарном лечении. В настоящее время жалобы на выраженную одышку, кашель с гнойной мокротой, при осмотре выраженный акроцианоз, ЧДД 22 в 1 минуту, ЧСС 98 в 1 минуту, АД 160 и 70. Кожа имеет припудренный вид. Лабораторные данные: повышен уровень мочевины, креатинина, снижена скорость клубочковой фильтрации. УЗИ почек: умеренно выраженное сморщивание обеих почек. Рентгенологически в легких множественные полости, содержащие жидкость, плевральные спайки (облитерация полостей), выраженный пневмофиброз. При биопсии слизистой оболочки прямой кишки, в подслизистой оболочке и вокруг сосудов обнаруживаются гомогенные эозинофильные массы, дающие положительную реакцию с конго-красным.

Задача № 4. У женщины 46 лет год назад были диагностированы неспецифический аортоартериит и хронический бронхит, артериальная гипертензия. Поступила в стационар с острым нарушением мозгового кровообращения, моторной афазией и правосторонним гемипарезом. Через 6 дней развилась кома, и больная умерла.

Заключительный клинический диагноз. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез, моторная афазия. Неспецифический аортоартериит. Хронический обструктивный бронхит, пневмофиброз,

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

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

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

Задача № 5. Больной госпитализирован в онкологическом отделении с диагнозом рак желудка. На второй день после госпитализации появились выраженные жгучие боли за грудиной, резкая слабость, падение артериального давления до 60/40 мм. рт. ст. Скончался при нарастающих явлениях острой сердечной недостаточности. На вскрытии установлено: резкая гипертрофия левого желудочка и умеренная зернистая атрофия почки, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий с наличием изъязвленной атеросклеротической бляшкой с фиксированным к ней тромбом в левой нисходящей коронарной артерии, крупноочаговый инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка, отёк легких, рак желудка диффузного типа (перстневидноклеточный рак) с метастазами в печень, брыжейку, кости нижних конечностей, в головной мозг. Кахексия.