

Нижегородская государственная медицинская академия

Т.В. Сумина, Н.Ю. Орлинская, К.Э Юнусова

**РУКОВОДСТВО
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТОВ
ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ
(частный курс)
II ЧАСТЬ**

Нижегород
2015 г.

УДК 616 – 091 (075)
ББК 52.5я73
Т – 60

*Рекомендовано Центральным методическим советом НижГМА
(протокол № 6 от 30.03.2015 г.)*

СУМИНА Т.В.

Руководство для самостоятельной работы студентов по патологической анатомии (частный курс) II часть: учебно-методическое пособие для студентов /Т.В. Сумина, Н.Ю. Орлинская, К.Э. Юнусова – Н. Новгород: Издательство НижГМА, 2015. – 164 с.

Учебное пособие содержит рекомендации для самостоятельного внеаудиторного изучения тем частного курса патологической анатомии. В него включены указания по изучению разделов обязательной литературы, ссылки на дополнительную литературу. В пособии имеются «Базовые вопросы с ответами», разработанные на кафедре патологической анатомии НижГМА, перечень вопросов для самоподготовки, задания в тестовой форме, типовые задачи и примеры контрольных работ для проверки итогового уровня усвоения знаний. Пособие предназначено для студентов медицинских вузов III курса лечебного факультета.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Занятие № 8. Заболевания желудочно-кишечного тракта	6
Занятие № 9. Заболевания печени	25
Занятие № 10. Заболевания почек	46
Занятие № 11. Заболевания желез внутренней секреции	67
Занятие № 12. Общие положения об инфекционных заболеваниях. Кишечные инфекции	84
Занятие № 13. Бактериальные и вирусные инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем	105
Занятие № 14. Туберкулез	124
Занятие № 15. Сепсис. ВИЧ – инфекция	146

ПРЕДИСЛОВИЕ

Самостоятельная работа студентов как аудиторная, так и внеаудиторная занимает наиболее существенное место в образовательном процессе в медицинском вузе. Внеаудиторная самостоятельная работа преследует цель получения теоритических знаний в объеме, который позволяет затем выполнять задания на практическом занятии, полноценно овладевать умениями и навыками и завершать изучение темы написанием контрольной работы.

В предлагаемом учебном пособии содержатся указания для выполнения внеаудиторной (домашней) самостоятельной работы согласно темам общего курса патологической анатомии. Кроме конкретной информации по изучению соответствующих разделов основного учебника содержится перечень вопросов для самоподготовки, а также «Базовые вопросы с ответами». Последние разработаны на кафедре патологической анатомии Ниж ГМА для более успешного усвоения знаний в процесс внеаудиторной работы.

Представление теоритического учебного материала в виде вопросов с ответами позволяет выделить из текста учебника главные моменты, излагать материалы наиболее точно, доступно для обучающегося, а измеримость каждого вопроса количеством существенных элементов ответа (Р) облегчает составление проверочных контрольных материалов. Как показывает многолетний опыт преподавания патологической анатомии «Базовые вопросы с ответами» дают возможность обучающемуся после освоения текста учебника сконцентрировать внимание на основных понятиях, терминах, определениях, классификациях и, таким образом, не упустить усвоение обязательного.

В учебное пособие включены задания в тестовой форме, с помощью которых можно осуществлять самоконтроль усвоения знаний. Эти задания используются при составлении контрольных работ, предлагаемых на практическом занятии. В качестве домашнего задания предлагается заполнение учебных таблиц, сделанных в форме сопоставления характеристик патологических процессов методом сравнительного анализа.

Для закрепления знаний рекомендуется решение типовых задач, которые составлены на основании реальных жизненных ситуаций, позволяют приблизить изучение темы к практической работе врача. Они акцентируют внимание обучающегося на наиболее важных в практическом отношении моментах, требуют умения сопоставления фактического и теоритического материалов при решении конкретных ситуаций, заставляют обучающегося логически мыслить и принимать самостоятельные решения.

По каждой теме общего курса патологической анатомии составлены примеры контрольной работы для проверки итогового уровня усвоения знаний с эталонами ответов. Подобные контрольные работы предлагаются на практических занятиях, ими завершается изучение каждой темы.

Контрольная работа включает:

- задание в тестовой форме с выбором правильных ответов из предложенных;
- базовые или иного характера вопросы, на которые нужно дать ответы

самостоятельно (количество ответов по каждому вопросу измерено);

- типовые задачи, подобные тем, которые рекомендовались для закрепления теоритических знаний.

Объем контрольной работы по одной теме практического занятия составляет 25-30 операций. Положительная оценка выставляется при наличии не более 7 ошибок (не более 7 неправильно выполненных операций).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература.

Патологическая анатомия: учебник /Струков А.И., Серов В.В.; под ред. В.С. Паукова. – 6-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 880 с.: ил.

Дополнительная литература.

1. Патологическая анатомия: учебник /Пальцев М.А., Аничков Н.М. – в 3-х томах, 2-е изд., перераб и доп. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2005, - 304 с., 512 с., 304 с.

2. Пальцев М.А., Аничков Н.М., Рыбакова М.Г. Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии. – М., Медицина, 2002, - 896 с.

3. Патологическая анатомия: Атлас: Учебное пособие /Под общ. ред. О.В. Зайратьянца. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 960 с.

Занятие № 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по патологической анатомии заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Конкретные задачи самостоятельной работы.

1. Запомнить определения, термины, используемые при описании острого и хронического гастрита, язвенной болезни желудка.
2. Усвоить этиологию и патогенез этих заболеваний.
3. Изучить морфологические изменения, соответственно современным классификациям.
4. Усвоить и понять осложнения, причины смерти, последствия при этих заболеваниях.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 465 – 477, 498 – 502. Обратитесь к материалам лекции, другим источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Дайте определение гастрита.	1	Воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка.
2	Укажите основные этиологические факторы, имеющие значение в развитии острого гастрита.	5	1. Раздражающая пища (острая, холодная, горячая, трудно перевариваемая, большого объёма и др.). 2. Алкоголь. 3. Химические вещества и некоторые лекарства. 4. Инфекционные агенты. 5. Продукты нарушенного обмена.
3	Какие виды гастритов выделяют по течению?	2	1. Острые. 2. Хронические.
4	Назовите морфологические формы острого гастрита.	4	1. Катаральный (простой) – частая форма. 2. Фибринозный. 3. Гнойный (флегмонозный). 4. Некротический (коррозивный).
5	Перечислите возможные микроскопические изменения слизистой оболочки при остром катаральном гастрите.	5	1. Деструкция поверхностного эпителия с его слущиванием. 2. Образование эрозий. 3. Повышение слизиобразования эпи-

			<p>теля (слизистая дистрофия).</p> <p>4. Умеренная воспалительная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами.</p> <p>5. Нарушение кровообращения (полнокровие, отек, мелкие кровоизлияния).</p>
6	Назовите исходы острых гастритов.	3	<p>1. Полное выздоровление.</p> <p>2. Переход в хронический гастрит.</p> <p>3. Склеротическая деформация желудка (цирроз желудка) после тяжёлых форм флегмонозного и некротического гастрита.</p>
7	Укажите наиболее частые этиологические факторы хронического гастрита.	7	<p>1. Инфекционные агенты (бактерии, вирусы, грибы, паразиты, в том числе <i>helicobacter pylori</i>).</p> <p>2. Нарушение питания (режима, ритма, раздражающая пища и др.).</p> <p>3. Алкоголь.</p> <p>4. Токсические вещества (желчь, лекарства и др.).</p> <p>5. Аутоинтоксикация.</p> <p>6. Действие иммунных механизмов.</p> <p>7. Физические факторы (термические, радиация, инородные тела).</p>
8	Какой этиологический фактор признан ведущим в развитии большинства хронических гастритов в настоящее время?	1	<p><i>Helicobacter pylori</i>.</p>
9	Назовите основные формы хронического гастрита с учетом его этиологии и патогенеза.	3	<p>1. Гастрит А (аутоиммунный).</p> <p>2. Гастрит В.</p> <p>3. Гастрит С (рефлюкс-гастрит, гастрит оперированного желудка).</p>
10	Назовите морфологические формы хронического гастрита.	3	<p>1. Хронический поверхностный гастрит.</p> <p>2. Хронический атрофический гастрит.</p> <p>3. Редкие формы (эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный и другие).</p>
11	Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки при хроническом поверхностном гастрите.	2	<p>1. Умеренная дистрофия и перестройка покровно-ямочного эпителия (метаплазия).</p> <p>2. Воспалительные инфильтраты в поверхностных отделах слизистой оболочки (реже во всей толще).</p>

12	Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки при хроническом атрофическом гастрите.	4	1. Разноплановые изменения покровно-ямочного эпителия (атрофия, пролиферация, метаплазия, дисплазия). 2. Атрофия желез в сочетании с метаплазией, дисплазией эпителия. 3. Воспалительные инфильтраты во всей толще слизистой оболочки. 4. Разрастание фиброзной ткани на месте бывших желез (склероз).
13	Какие степени атрофии слизистой оболочки выделяют при хроническом атрофическом гастрите?	2	1. Умеренную атрофию. 2. Выраженную атрофию.
14	Как подразделяются хронические гастриты, учитывая степень выраженности воспалительного процесса?	2	1. Активный хронический гастрит (обострение). 2. Неактивный хронический гастрит (ремиссия).
15	Назовите морфологические критерии активности хронического гастрита?	3	1. Выраженная воспалительная инфильтрация с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов. 2. Полнокровие, отек. 3. Могут появиться эрозии.
16	Каковы исходы а) хронического поверхностного гастрита, б) хронического атрофического гастрита?	2 1	а) 1. Выздоровление. 2. Переход в хронический атрофический гастрит. б) Возможно развитие рака желудка при тяжелой дисплазии эпителия.
17	Дайте характеристику хронического гастрита типа А (аутоиммунного): а) этиопатогенез, б) поражаемый отдел, в) секреция HCl, г) уровень гастрина в крови, д) морфологические формы, е) частота.	1 1 1 1 2 2 1	а) Иммунные факторы, связанные с генотипом больного. б) Тело и дно желудка. в) Секреция HCl резко снижена. г) Продукция гастрина высокая. д) 1. Хронический поверхностный гастрит (в начале болезни). 2. Хронический атрофический (чаще). е) Составляет 5-20% всех хронических гастритов.
18	Дайте характеристику хронического гастрита типа В: а) этиология (чаще), б) поражаемый отдел, в) секреция HCl, г) продукция гастрина,	1 1 1 1 2	а) <i>Helicobacter pylori</i> . б) Антральный. в) Секреция HCl снижена умеренно. г) Продукция гастрина не изменена. д) 1. Хронический поверхностный гастрит (чаще). 2. Хронический атрофический гастрит.

	д) морфологические формы, е) частота.	1	е) Составляет 80% всех хронических гастритов.
19	Дайте определение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.	1	Хроническое, циклически текущее заболевание, основным клиническим и морфологическим выражением которого является хроническая рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.
20	Укажите основной этиологический фактор язвенной болезни (классические представления).	1	Психоэмоциональное перенапряжение (стресс).
21	Назовите другие факторы, имеющие значение в развитии язвенной болезни.	6	1. Инфекционные агенты в том числе <i>Helicobacter pylori</i> . 2. Алиментарный фактор (нарушение режима и характера питания). 3. Алкоголь. 4. Курение. 5. Лекарственные препараты. 6. Наследственно-конституциональные (генетические) факторы.
22	Какой этиологический фактор в развитии язвенной болезни признан ведущим?	1	<i>Helicobacter pylori</i> .
23	Перечислите общие патогенетические факторы язвенной болезни.	2	1. Нервные. 2. Гуморальные.
24	Перечислите местные патогенетические факторы, способствующие развитию язвенной болезни.	4	1. Нарушение кислотно-пептического фактора. 2. Нарушение слизистого фактора. 3. Нарушение моторики. 4. Структурные изменения слизистой оболочки.
25	Какие стадии формирования хронической рецидивирующей язвы (стадии морфогенеза) принято выделять?	3	1. Эрозия. 2. Острая язва. 3. Хроническая язва.
26	Что такое эрозия желудка?	1	Неглубокий дефект в пределах слизистой оболочки, образованный в результате отторжения некроза.
27	Что такое язва желудка?	1	Глубокий дефект стенки желудка, образованный в результате отторжения некроза.

28	Дайте макроскопическое описание хронической язвы желудка (форма, вид дна, краев).	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глубокий дефект округлой формы. 2. Дно шероховатое (или гладкое). 3. Края плотные, валикообразно приподнятые. 4. Край, обращенный к пищеводу, подрыт. 5. Край, обращенный к привратнику, пологий.
29	Перечислите основные микроскопические изменения в области краев и дна хронической язвы в период ремиссии.	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рубцовая ткань в краях и дне язвы. 2. Гиперплазия слизистой оболочки в краях язвы. 3. Эпителизация дна язвы. 4. Склерозированные кровеносные сосуды в дне язвы.
30	Перечислите основные микроскопические изменения в области дна хронической язвы в период ее обострения.	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обширный фибриноидный некроз соединительной ткани. 2. Фибринозно-гнойный экссудат в области некроза. 3. Грануляционная ткань под зоной некроза. 4. Грубоволокнистая рубцовая ткань. 5. Фибриноидные изменения стенок кровеносных сосудов.
31	Какова наиболее частая локализация язвы желудка?	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Малая кривизна. 2. Антральный отдел. 3. Пилорический отдел.
32	Назовите группы осложнений язвенной болезни желудка и 12-и перстной кишки.	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язвенно-деструктивные (кровотечение, прободение, пенетрация). 2. Воспалительные (гастрит, дуоденит, перигастрит, перидуоденит). 3. Язвенно-рубцовые (сужение просвета, деформация). 4. Малигнизация. 5. Комбинированные осложнения.
33	Что такое прободение (перфорация) язвы желудка?	1	Формирование сквозного отверстия в стенке желудка за счет углубления некроза в области дна язвы.
34	Что такое пенетрация язвы желудка?	1	Углубление некроза в области дна язвы с проникновением в соседние органы (малый сальник, поджелудочную железу, печень).
35	Что такое симптоматическая язва желудка (двенадцатиперстная кишка)?	1	Изъязвления стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, являющиеся проявлением различных заболеваний

			(не язвенной болезни).
36	При каких заболеваниях (состояниях) могут развиваться симптоматические язвы желудка?	7	<ol style="list-style-type: none"> 1. При острых и хронических нарушениях кровообращения (шок, ДВС-синдром, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения и др.). 2. При эндокринных нарушениях (синдром Эллисона-Золингера, тиреотоксикоз). 3. При экзогенных и эндогенных интоксикациях (токсические язвы). 4. При аллергии. 5. После операции на желудке и кишечнике (пептические язвы). 6. При длительном медикаментозном лечении (ацетилсалициловой кислотой, кортикостероидами и др.). 7. При сифилисе и туберкулёзе.
37	Дайте определение аппендицита.	1	Воспаление червеобразного отростка слепой кишки, дающее характерный клинический синдром.
38	Назовите формы аппендицита исходя из течения.	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый аппендицит. 2. Хронический аппендицит.
39	Дайте классификацию острого аппендицита.	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Простой аппендицит. 2. Поверхностный. 3. Деструктивный.
40	Какие разновидности деструктивного аппендицита принято выделять?	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Флегмонозный. 2. Апоплектический. 3. Флегмонозно-язвенный. 4. Гангренозный.
41	Какие микроскопические изменения доминируют при простом аппендиците?	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Расстройство кровообращения и лимфообращения (стаз, отёк, кровоизлияния). 2. Краевое стояние лейкоцитов.
42	Назовите основные микроскопические изменения при поверхностном аппендиците.	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фокусы экссудативного гнойного воспаления в слизистой оболочке (первичный аффект). 2. Поверхностные дефекты слизистой оболочки (некроз покровного эпителия, эрозии).
43	Назовите микроскопические изменения при флегмонозном аппендиците.	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разлитое гнойное воспаление всей толщи стенки отростка. 2. Гной в просвете аппендикса. 3. Воспаление серозной оболочки.

44	Назовите микроскопические изменения при гангренозном аппендиците.	3	1. Разлитое гнойное воспаление стенки аппендикса. 2. Обширный некроз стенки с колониями бактерий. 3. Резкие расстройства кровообращения (кровоизлияния, тромбоз).
45	Перечислите осложнения острого аппендицита.	6	1. Перфорация. 2. Эмпиема отростка. 3. Распространение гнойного процесса на окружающие ткани (периаппендицит, перитифлит). 4. Гнойный тромбофлебит сосудов брыжейки. 5. Пилефлебит. 6. Пилефлебитические абсцессы печени.
46	Укажите микроскопические изменения, характерные для хронического аппендицита.	4	1. Атрофия слизистой оболочки. 2. Склероз стенки аппендикса. 3. Непостоянные воспалительно-деструктивные процессы. 4. Полная (частичная) облитерация просвета.
47	Что такое мукоцеле?	1	Накопление в просвете отростка слизи, секретиромой клетками слизистой оболочки аппендикса с расширением его просвета.
48	Что такое водянка червеобразного отростка?	1	Накопление в просвете аппендикса серозной жидкости с превращением отростка в кисту.

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки

1. Определение гастрита, его виды.
2. Морфологическая характеристика различных форм острого гастрита.
3. Морфологическая характеристика различных форм хронического гастрита.
4. Определение язвенной болезни, ее этиология и патогенез. Морфологическая характеристика язвенной болезни в периоды обострения и ремиссии.
5. Осложнения язвенной болезни.
6. Определение острого аппендицита. Морфологическая характеристика острого и хронического аппендицита. Осложнения деструктивного аппендицита.

Домашнее задание. Перенесите таблицу в рабочую тетрадь и заполните ее.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

Параметры	Хронический поверхност- ный гастрит (есть +, нет -)	Хронический атрофиче- ский гастрит (есть +, нет -)
1. Локализация воспалительного клеточного инфильтрата: - поверхностные отделы слизистой оболочки, - вся толща слизистой оболочки.		
2. Клеточный состав воспалительного инфильтрата вне обострения: - лимфоциты, - плазматические клетки, - макрофаги.		
3. Изменения покровного и ямочного эпителия (дистрофия, метаплазия).		
4. Атрофия желез		
5. Склероз слизистой оболочки		
6. Кишечная метаплазия эпителия		
7. Дисплазия эпителия		
8. Признаки активности (обострения): - появление сегментоядерных лейкоцитов, - нарушение кровообращения, - эрозии.		

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ

1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГАСТРИТА
 - 1) инфекция
 - 2) аутоиммунный
 - 3) наследственный
 - 4) генетический
 - 5) ионизирующая радиация

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ГАСТРИТА
 - 1) выздоровление
 - 2) переход в хронический гастрит
 - 3) склеротическая деформация желудка
 - 4) развитие рака желудка
 - 5) развитие хронической язвы

3. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ**
 - 1) нарушение питания (раздражающая пища)
 - 2) алкоголь
 - 3) *helicobacter pylori*
 - 4) токсические вещества (желчь, лекарства)
 - 5) аутоиммунные факторы
4. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА**
 - 1) хронический поверхностный гастрит
 - 2) хронический атрофический гастрит
 - 3) хеликобактерный гастрит
 - 4) активный хронический гастрит
 - 5) гранулематозный гастрит
5. **РАК ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ**
 - 1) хронического хеликобактерного гастрита
 - 2) хронического атрофического гастрита
 - 3) хронического поверхностного гастрита
 - 4) хронического активного гастрита
 - 5) хронического неактивного гастрита
6. **ВЕДУЩИЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ**
 - 1) стресс
 - 2) генетическая предрасположенность
 - 3) *helicobacter pilori*
 - 4) нарушение режима и характера питания
 - 5) лекарственные препараты
7. **ЯЗВА ЖЕЛУДКА – ЭТО**
 - 1) неглубокий дефект слизистой оболочки
 - 2) глубокий дефект стенки желудка
 - 3) гиперплазия эпителия слизистой оболочки
 - 4) экзофитное образование в желудке
 - 5) сквозное отверстие стенки желудка
8. **ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА - ЭТО**
 - 1) синоним перфорация
 - 2) сквозное отверстие в стенке желудка
 - 3) углубление некроза из области дна язвы в соседние органы
 - 4) развитие флегмоны желудка
 - 5) синоним стеноза желудка
9. **МАССИВНОЕ ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА РАЗВИВАЕТСЯ ПУТЕМ**

- 1) диапедеза
- 2) разрыва
- 3) разъедания
- 4) повышения проницаемости
- 5) плазморрагия

10. СТЕНОЗ ВЫХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ЖЕЛУДКА ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ

- 1) язвенно-деструктивным
- 2) воспалительным
- 3) язвенно-рубцовым
- 4) комбинированным
- 5) связанным с малигнизацией

11. РАЗВИТИЕ РАКОВОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ПРОИСХОДИТ В

- 1) слизистой оболочке краев язвы
- 2) дне язвы
- 3) зоне фибриноидного некроза
- 4) рубцовой ткани дна язвы
- 5) зоне воспаления дна язвы

12. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ АППЕНДИЦИТЕ

- 1) облитерация просвета аппендикса
- 2) перфорация стенки
- 3) расстройства кровообращения
- 4) эрозии
- 5) наличие первичного аффекта в слизистой оболочке

13. ПЕРВИЧНЫЙ АФФЕКТ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ АППЕНДИЦИТЕ – ЭТО

- 1) зона расстройств кровообращения
- 2) наличие эрозии слизистой оболочки
- 3) зона перфорации стенки отростка
- 4) фокус гнойного воспаления в слизистой оболочке
- 5) разлитое гнойное воспаление стенки отростка

14. ДИАГНОСТИЧНЫМ ПРИ ФЛЕГМОНОЗНОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение аппендикса в размерах
- 2) воспаление серозной оболочки аппендикса
- 3) склероз стенки отростка
- 4) разлитое гнойное воспаление стенки аппендикса
- 5) эрозии

15. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА АППЕНДИЦИТА

- 1) простой

- 2) поверхностный
- 3) гангренозный
- 4) мукоцеле
- 5) хронический аппендицит

16. К ХРОНИЧЕСКОМУ АППЕНДИЦИТУ ОТНОСИТСЯ

- 1) флегмонозный аппендицит
- 2) мукоцеле
- 3) поверхностный аппендицит
- 4) гангренозный аппендицит
- 5) апостематозный аппендицит

Выберите несколько правильных ответов

17. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОГО ГАСТРИТА

- 1) инфекция
- 2) аутоиммунные
- 3) раздражающая пища
- 4) генетические
- 5) алкоголь

18. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГАСТРИТЕ

- 1) десквамация покровного эпителия
- 2) слизистая дистрофия эпителиальных клеток
- 3) умеренная воспалительная инфильтрация в слизистом слое
- 4) нарушения кровообращения
- 5) разрастание соединительной ткани

19. С УЧЕТОМ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) острый гастрит
- 2) хронический гастрит
- 3) гастрит А
- 4) гастрит В
- 5) гастрит С

20. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

- 1) хронический поверхностный
- 2) хронический атрофический
- 3) фибринозный
- 4) катаральный
- 5) гангренозный

21. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОВЕРХНОСТНОМ ГАСТРИТЕ

- 1) дистрофия покровно-ямочного эпителия
- 2) воспалительная инфильтрация в поверхностных отделах
- 3) склероз

- 4) разрастание фиброзной ткани
 - 5) атрофия желез
22. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ
- 1) воспалительная инфильтрация слизистой оболочки
 - 2) атрофия желез
 - 3) изъязвление
 - 4) перфорация
 - 5) фиброз слизистой оболочки
23. УЧИТЫВАЯ СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ВЫДЕЛЯЮТ
- 1) активный гастрит
 - 2) неактивный гастрит
 - 3) гастрит А
 - 4) гастрит В
 - 5) гастрит С
24. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА
- 1) изменения покровно-ямочного эпителия
 - 2) атрофия желез
 - 3) разрастание фиброзной ткани
 - 4) эрозии
 - 5) появление нейтрофильных лейкоцитов
25. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А ХАРАКТЕРНО
- 1) поражение тела желудка
 - 2) гиперсекреция HCl
 - 3) часто картина хронического атрофического гастрита
 - 4) фон для развития рака
 - 5) встречается редко
26. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В ХАРАКТЕРНО
- 1) поражение антрального отдела
 - 2) часто картина хронического поверхностного гастрита
 - 3) часто причина *helicobacter pylori*
 - 4) имеет значение иммунный фактор
 - 5) встречается редко
27. ПРЕДРАКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ
- 1) гиперплазия
 - 2) дистрофия
 - 3) метаплазия
 - 4) дисплазия

5) гиперфункция слизи

28. СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

- 1) активный гастрит
- 2) эрозия
- 3) острая язва
- 4) хронический гастрит
- 5) хроническая язва

29. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

- 1) разрастание соединительной ткани
- 2) появление эпителия
- 3) наличие фибриноидного некроза
- 4) склероз стенок кровеносных сосудов
- 5) наличие фибринозно-гнойного экссудата

30. К ЯЗВЕННО-ДЕСТРУКТИВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) желудочное кровотечение
- 2) пенетрация
- 3) малигнизация
- 4) деформация желудка
- 5) перфорация язвы

31. ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА - ЭТО

- 1) синоним прободения
- 2) сквозное отверстие в дне язвы
- 3) проникновение некроза в соседние органы
- 4) развитие флегмоны желудка
- 5) синоним стеноза желудка

32. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- 1) мукоцеле
- 2) облитерация просвета аппендикса
- 3) эмпиема отростка
- 4) водянка аппендикулярного отростка
- 5) перфорация

33. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- 1) перфорация стенки аппендикса
- 2) эмпиема
- 3) периаппендицит
- 4) пилефлебит
- 5) облитерация просвета

34. СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ

- 1) шоке

- 2) ДВС-синдроме
- 3) эндокринологических нарушениях
- 4) длительном медикаментозном лечении
- 5) язвенной болезни желудка

35. ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- 1) простой
- 2) поверхностный
- 3) деструктивный
- 4) водянка червеобразного отростка
- 5) мукоцеле

36. К ОСТРОМУ АППЕНДИЦИТУ ОТНОСЯТСЯ

- 1) флегмонозный аппендицит
- 2) водянка червеобразного отростка
- 3) мукоцеле
- 4) облитерация просвета аппендикса
- 5) простой аппендицит

37. К ДЕСТРУКТИВНЫМ ФОРМАМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) флегмонозный аппендицит
- 2) апостематозный
- 3) водянка червеобразного отростка
- 4) гангренозный аппендицит
- 5) флегмонозно-язвенный

Правильные ответы

1-1	11-1)	21-1) 2)	31-1) 2)
2-1)	12-5)	22-1) 2) 5)	32-3) 5)
3-3)	13-4)	23-1) 2)	33-1) 2) 3) 4)
4-1)	14-4)	24-4) 5)	34-1) 2) 3) 4)
5-2)	15-3)	25-1) 3) 4) 5)	35-1) 2) 3)
6-3)	16-2)	26-1) 2) 3)	36-1) 5)
7-2)	17-1) 3) 5)	27-1) 3) 4)	37-1) 2) 4) 5)
8-3)	18-1) 2) 3) 4)	28-2) 3) 5)	
9-3)	19-3) 4) 5)	29-3) 5)	
10-3)	20-1) 2)	30-1) 2) 5)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. Ребенок 5-ти лет за праздничным столом съел много разнообразной пищи, в том числе острой, раздражающей. К вечеру появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, рвота. К утру самочувствие улучшилось, сохранилось лишь чувство отвращения к пище. Поставлен диагноз острый гастрит.

1. Какая морфологическая форма острого гастрита у ребенка?

2. Опишите микроскопические (гистологические) изменения слизистой оболочки при этом гастрите.

3. Укажите ожидаемый исход гастрита в данном случае.

4. Назовите другие морфологические формы острых гастритов.

5. Перечислите другие этиологические факторы, вызывающие острый гастрит.

6. Может ли острый гастрит перейти в хронический?

2. В поликлинику обратился мужчина 35-ти лет с диагнозом хронический гастрит. В настоящее время обострение заболевания. Проведена гастрофиброскопия с биопсией. По гистологическому исследованию биоптата слизистой оболочки желудка дано заключение о наличии активного хронического поверхностного гастрита. Дополнительное исследование на наличие *Helicobacter pylori* было положительно.

1. Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, увиденные в биоптате.

2. Укажите морфологические критерии активности хронического гастрита.

3. Какой отдел желудка обычно поражается при хроническом хеликобактерном гастрите?

4. Часто ли встречается поверхностный хеликобактерный гастрит?

5. Имеет ли отношение к развитию рака желудка хронический поверхностный гастрит?

6. Уточните прогноз и исходы такого гастрита.

7. Объясните участие *Helicobacter pylori* в патогенезе хронического гастрита.

3. Мужчина 42-х лет длительное время страдает хроническим гастритом, неоднократно обследовался в поликлинике, лечился амбулаторно. В настоящее время проведена гастрофиброскопия с биопсией. При гистологическом исследовании биоптата установлен хронический атрофический гастрит. Исследование на наличие *Helicobacter pylori* положительно.

1. Какие формы хронических гастритов выделяют на основании этиопатогенеза?

2. Какая форма гастрита по этой классификации у больного, описанного в задаче?

3. Назовите основные морфологические формы хронических гастритов.

4. Перечислите морфологические изменения слизистой оболочки желудка при хроническом атрофическом гастрите.

5. Уточните прогноз и исход такого гастрита.

6. Объясните необходимость проведения гастрофиброскопии с биопсией и исследования на наличие *Helicobacter pylori* при хронических гастритах.

7. Часто ли встречается хронический хеликобактерный гастрит?

4. У больного многие годы тяжелый хронический гастрит типа А (аутоиммунный) с выраженным снижением кислотности желудочного сока, имеется

анемия. В настоящее время проведена гастродиброскопия с биопсией, выявившая наличие хронического атрофического гастрита с очагами дисплазии эпителия 3 степени.

1. Объясните этиопатогенез хронического гастрита типа А.
2. Какова типичная локализация поражения при таком гастрите?
3. Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, на основании которых поставлен диагноз хронический атрофический гастрит.
4. Почему больному с хроническим гастритом показана гастродиброскопия с биопсией?
5. Что такое дисплазия эпителия и как нужно прогностически оценивать дисплазию 3 степени?
6. Часто ли встречается хронический гастрит типа А?
7. Какова частота развития рака желудка на фоне такого гастрита?

5. Пациенту 47-ми лет, страдающему многие годы язвенной болезнью желудка, произведена операция в связи с неэффективностью консервативного лечения. Резецированный желудок доставлен в патологоанатомическое отделение. При вырезке операционного материала обнаружена хроническая язва больших размеров, гистологическое исследование установило, что язва в стадии обострения.

1. Дайте определение язвенной болезни желудка.
2. Опишите макроскопическую картину хронической язвы желудка.
3. Опишите микроскопические изменения при хронической язве желудка в стадии обострения.
4. Назовите типичную локализацию хронической язвы в желудке.
5. Какие осложнения могли развиваться у больного (учтите стадию хронической язвы)?
6. Что вы можете сказать о современных представлениях на этиопатогенез язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

6. В приемный покой хирургической больницы экстренно машиной скорой помощи доставлен больной 42-х лет с симптомами желудочного кровотечения. Было предпринято консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения, однако развился ДВС-синдром. Смерть наступила на высоте кровотечения. На секции обнаружен источник кровотечения аррозированный кровеносный сосуд в дне хронической язвы желудка.

1. Назовите микроскопические изменения в дне хронической язвы соответствующие обострению.
2. Объясните патогенез кровотечения при хронической язве желудка.
3. Объясните патогенез развития ДВС-синдрома у больного с массивным кровотечением.
4. К какой группе осложнений язвенной болезни желудка следует отнести кровотечение?
5. Перечислите все прочие группы осложнения язвенной болезни желудка.
6. Что такое перфорация, что такое пенитрация язвы желудка?

7. Ребенок 14 лет доставлен машиной скорой помощи в дежурную больницу с симптомами острого аппендицита, осмотрен хирургом, сделан анализ крови. В этот же день произведена операция аппендектомия. Удаленный червеобразный отросток направлен на гистологическое исследование, патологоанатом дал заключение острый поверхностный аппендицит.

1. Опишите внешний вид аппендикса при остром поверхностном аппендиците.
2. Какие микроскопические изменения имеют место при поверхностном аппендиците?
3. Почему больному при поверхностном аппендиците должна быть проведена операция в ранние сроки болезни?
4. Какие другие формы острого аппендицита вы знаете?
5. Назовите наиболее тяжелые формы острого аппендицита.
6. Что вы можете сказать об этиологии и патогенезе аппендицита?

8. Больной поступил в хирургическое отделение на 2-ой день после начала болевого приступа с диагнозом острый аппендицит. При производстве операции обнаружены изменения червеобразного отростка, позволяющие говорить о флегмонозном аппендиците. Дальнейшее гистологическое исследование операционного материала подтвердило клинический диагноз.

1. Дайте определение аппендицита.
2. Опишите внешний вид червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.
3. Опишите микроскопические изменения при флегмонозном аппендиците.
4. Какие осложнения грозили больному при такой форме аппендицита?
5. Что такое эмпиема отростка?
6. Что такое пилефлебит и пилефлебитические абсцессы?

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Выберите один правильный ответ

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ОСТРОГО ГАСТРИТА**
 - 1) катаральный (простой)
 - 2) фибринозный
 - 3) гнойный
 - 4) некротический (коррозивный)
 - 5) атрофический
2. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА**
 - 1) хронический поверхностный гастрит
 - 2) хронический атрофический гастрит

- 3) хеликобактерный гастрит
 - 4) активный хронический гастрит
 - 5) гранулематозный гастрит
3. РАК ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ
- 1) хронического атрофического гастрита
 - 2) хронического поверхностного гастрита
 - 3) катарального гастрита
 - 4) хронического активного гастрита
 - 5) хронического неактивного гастрита
4. ВЕДУЩИЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
- 1) стресс
 - 2) генетическая предрасположенность
 - 3) *helicobacter pylori*
 - 4) нарушение режима и характера питания
 - 5) лекарственные препараты
5. РАЗВИТИЕ РАКОВОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ПРОИСХОДИТ В
- 1) слизистой оболочке краев язвы
 - 2) дне язвы
 - 3) зоне фибриноидного некроза
 - 4) рубцовой ткани дна язвы
- Задание. Выберите несколько правильных ответов*
6. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА
- 1) хронический поверхностный гастрит
 - 2) хронический атрофический гастрит
 - 3) фибринозный
 - 4) катаральный
 - 5) некротический
7. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В ХАРАКТЕРНО
- 1) поражение антрального отдела
 - 2) часто картина хронического поверхностного гастрита
 - 3) часто причина *helicobacter pylori*
 - 4) в развитии имеет значение иммунный фактор
 - 5) встречается редко
8. К ЯЗВЕННО-ДЕСТРУКТИВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ
- 1) желудочное кровотечение
 - 2) пенетрация
 - 3) малигнизация
 - 4) деформация желудка

5) перфорация язвы

9. К ДЕСТРУКТИВНЫМ ФОРМАМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) флегмонозный аппендицит
- 2) апостематозный
- 3) водянка червеобразного отростка
- 4) гангренозный
- 5) флегмнозно-язвенный аппендицит

10. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- 1) мукоцеле
- 2) облитерация просвета аппендикса
- 3) эмпиема отростка
- 4) водянка аппендикулярного отростка
- 5) перфорация стенки

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Дайте определение гастрита.

а) . . .

12. Назовите основные формы хронического гастрита с учетом этиологии и патогенеза.

а) . . . б) . . . в) . . .

13. Назовите морфологические формы хронического гастрита.

а) . . . б) . . . в) . . .

14. *Задача.* Пациенту 47-ми лет, страдающему многие годы язвенной болезнью желудка, произведена операция в связи с неэффективностью консервативного лечения. Резецированный желудок доставлен в патологоанатомическое отделение. При вырезке операционного материала обнаружена хроническая язва больших размеров, гистологическое исследование установило, что язва в стадии обострения.

1) Дайте макроскопическое описание хронической язвы желудка (форма, вид дна, вид краев).

а) . . . б) . . . в) . . . г) . . . д) . . .

2) Какие осложнения язвенно-деструктивного характера грозят больным с хронической язвой желудка в стадии обострения?

а) . . . б) . . . в) . . .

3) Объясните патогенез желудочного кровотечения при хронической язве желудка.

а) . . .

Эталон

1-1)

4-3)

7-1) 2) 3)

10-3) 5)

2-1)

5-1)

8-1) 2) 5)

3-1)

6-1) 2)

9-1) 2) 4) 5)

11. а) воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка.

12. а) гастрит А (аутоиммунный), б) гастрит В, г) гастрит С (рефлюкс-гастрит).

13. а) хронический поверхностный гастрит, б) хронический атрофический гастрит, в) редкие формы.

14. *Задача.*

1) а) глубокий дефект стенки желудка округлой (или овальной) формы, б) дно шероховатое (или гладкое), в) края плотные, валикообразно приподнятые, г) край, обращенный к пищеводу, подрыв, д) край, обращенный к привратнику, пологий.

2) а) перфорация язвы, б) пенетрация язвы, в) кровотечение.

3) а) в период обострения развивается фибриноидный некроз стенок кровеносных сосудов дна язвы, поэтому возможно аррозивное кровотечение.

Занятие № 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по патологической анатомии заболеваний печени.

Конкретные задачи самостоятельной работы.

1. Запомнить определения, термины, используемые при описании гепатозов, гепатитов, циррозов. Запомнить современные классификации этих заболеваний.

2. Усвоить этиологию, патогенез, морфогенез этих заболеваний.

3. Изучить морфологические изменения печени при различных вариантах этих заболеваний.

4. Усвоить и понять осложнения, последствия, причины смерти при заболеваниях печени.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 505 – 527. Обратитесь к другим доступным источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Назовите основные наиболее часто встречающиеся заболевания печени.	3	1. Гепатозы. 2. Гепатиты. 3. Циррозы.
2	Дайте определение гепатоза.	1	Заболевание печени, характеризующееся доминированием дистрофии и некроза гепатоцитов.

3	Какие виды гепатозов выделяют, учитывая наследственный фактор?	2	1. Врождённые (наследственные). 2. Приобретенные.
4	Дайте классификаций приобретённых гепатозов по течению.	2	1. Острые. 2. Хронические.
5	Назовите гепатоз, имеющий наибольшее значение.	1	Прогрессирующий массивный некроз печени (токсическая дистрофия печени).
6	Дайте определение массивного прогрессирующего некроза печени (токсической дистрофии печени).	1	Острое, реже хроническое заболевание, характеризующееся прогрессирующим массивным некрозом печени и печёночной недостаточностью.
7	Укажите этиологические факторы массивного прогрессирующего некроза печени?	3	1. Экзогенные интоксикации (фосфор, мышьяк, ядовитые грибы и др.). 2. Эндогенные интоксикации (поздние токсикозы беременности, тиреотоксикоз). 3. Инфекции (чаще гепатотропный вирус).
8	Назовите стадии массивного прогрессирующего некроза печени (токсической дистрофии печени).	2	1. Стадия жёлтой дистрофии (первые 2 недели). 2. Стадия красной дистрофии (3-я неделя болезни).
9	Перечислите микроскопические изменения ткани печени в стадии жёлтой дистрофии.	2	1. Резкая жировая дистрофия гепатоцитов. 2. Некроз гепатоцитов с образованием жиробелкового детрита.
10	Опишите микроскопические изменения печени в стадии красной дистрофии.	4	1. Фагоцитоз жиробелкового детрита. 2. Расширение и переполнение кровью синусоидных капилляров. 3. Кровоизлияния. 4. Слабая воспалительная клеточная реакция.
11	Назовите изменения общего характера, развивающиеся при массивном некрозе печени.	5	1. Желтуха. 2. Гиперплазия околопортальных лимфоузлов и селезёнки. 3. Множественные кровоизлияния в тканях и органах (геморрагический синдром). 4. Некроз эпителия извитых канальцев почки (некротический нефроз). 5. Дистрофия и некроз в миокарде, ЦНС, поджелудочной железе.

12	Каковы исходы прогрессирующего массивного некроза печени?	2	1. Смерть 2. Развитие постнекротического цирроза.
13	Назовите причины смерти при массивном некрозе печени.	2	1. Острая печёночная недостаточность. 2. Печёночно-почечная недостаточность.
14	Дайте определение жирового гепатоза (стеатоза печени).	1	Хроническое заболевание, характеризующееся жировой дистрофией гепатоцитов.
15	Перечислите наиболее частые факторы, приводящие к жировому гепатозу.	4	1. Токсические воздействия (алкоголь, инсектициды, лекарственные препараты). 2. Эндокринно-метаболические нарушения (сахарный диабет, общее ожирение). 3. Нарушения в питании (недостаточность липотропных факторов, белковая недостаточность, избыток жиров и углеводов). 4. Гипоксия (сердечная, лёгочная недостаточность, анемия).
16	Назовите три стадии жирового гепатоза.	3	1-я – жировая дистрофия печени без некрозов. 2-я – жировая дистрофия печени в сочетании с некрозом гепатоцитов. 3-я – жировая дистрофия печени с эволюцией в портальный цирроз.
17	Дайте определение гепатита.	1	Заболевание печени воспалительной природы.
18	Дайте классификацию гепатита: а) по этиологии, б) по течению.	2 2	а) 1. Первичный (самостоятельное заболевание). 2. Вторичный (как проявление другой болезни). б) 1. Острый. 2. Хронический.
19	Укажите наиболее частую этиологию первичных гепатитов?	3	1. Гепатотропный вирус. 2. Алкоголь. 3. Лекарственные препараты
20	Назовите основные группы заболеваний, при которых могут быть вторичные гепатиты.	3	1. Инфекционные болезни (сепсис, туберкулез и др.). 2. Интоксикации (тиреотоксикоз и др.). 3. Системные заболевания соединительной ткани и др.

21	Назовите варианты вирусных гепатитов в зависимости от типа вируса.	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гепатит А (эпидемический). 2. Гепатит В (сывороточный). 3. Гепатит С. 4. Гепатит D (обычно в сочетании с гепатитом В). 5. Гепатит Е и другие.
22	Перечислите возможные клинико-морфологические формы вирусного гепатита.	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острая циклическая (желтушная). 2. Безжелтушная. 3. Некротическая (фульминантная). 4. Холестатическая. 5. Хронический гепатит
23	Назовите основные микроскопические изменения, происходящие в ткани печени при вирусном гепатите.	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Альтерация гепатоцитов (дистрофия, некроз). 2. Воспалительные, преимущественно круглоклеточные, инфильтраты в строме. 3. Растройства кровообращения. 4. Холестаз. 5. При хроническом течении – фиброз.
24	Приведите названия некоторых вариантов некрозов, встречающихся в печени при вирусных гепатитах.	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Очаговые некрозы (пятнистые). 2. Ступенчатые. 3. Сливающиеся (мостовидные). 4. Субмассивные. 5. Массивные.
25	Какие гистологические изменения печени наблюдаются при безжелтушной форме вирусного гепатита?	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Умеренная гидропическая дистрофия гепатоцитов (некрозы редко). 2. Воспалительный инфильтрат в перипортальной и дольковой строме без разрушения гепатоцитов пограничной пластинки.
26	Опишите гистологические изменения печени при циклической форме вирусного гепатита в желтушную стадию (в разгар болезни).	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гидропическая и баллонная дистрофия гепатоцитов. 2. Некрозы гепатоцитов (очаговые, ступенчатые, сливные) с нарушением баллонной структуры печени. 3. Тельца Каунсильмана (гепатоциты в состоянии апоптоза). 4. Воспалительные инфильтраты в перипортальной и дольковой строме с разрушением гепатоцитов пограничной пластинки. 5. Растройства кровообращения. 6. Холестаз.

27	Назовите возможные исходы циклической и безжелтушной форм вирусного гепатита?	2	1. Выздоровление (чаще). 2. Переход в хронический гепатит.
28	Опишите гистологические изменения печени при некротической (фульминантной) форме вирусного гепатита.	5	1.Превалирование некрозов (мостовидных, массивных). 2.Гидропическая и баллонная дистрофия гепатоцитов. 3.Растройства кровообращения (полнокровие, кровоизлияния в зоне некрозов). 4.Стаз желчи в желчных капиллярах. 5.Слабо выраженные воспалительные инфильтраты.
29	Каковы возможные исходы некротической формы вирусного гепатита?	2	1. Переход в постнекротический (крупноузловой) цирроз. 2. Смертельный исход.
30	Назовите возможные внепечёночные изменения при остром вирусном гепатите.	4	1. Желтуха. 2. Геморрагический синдром. 3. Гиперплазия лимфоузлов и селезёнки. 4. Дистрофические изменения почек, сердца, ЦНС.
31	Назовите все возможные исходы острого вирусного гепатита.	4	1. Выздоровление. 3. Смертельный исход при некротической (фульминантной) форме. 3. Переход в цирроз при некротической (фульминантной) форме. 4.Переход в хронический гепатит.
32	Каковы основные причины смерти при остром вирусном гепатите (фульминантной форме)?	2	1. Острая печёночная недостаточность. 2. Острая печёочно-почечная недостаточность.
33	Какие наиболее частые варианты хронических гепатитов выделяют, учитывая этиологию?	5	1. Вирусный. 2. Алкогольный 3. Лекарственный 4. Аутоиммунный 5. Криптогенный (неустановленной этиологии).
34	Назовите основные микроскопические изменения печени при хроническом гепатите.	4	1. Дистрофия гепатоцитов (гидропическая, жировая). 2. Некроз гепатоцитов разного масштаба. 3. Воспалительные лимфомакро-

			фагальные инфильтраты в перипортальной и дольковой строме. 4. Фиброз.
35	Назовите категории, по которым производится оценка хронических гепатитов по современной классификации.	3	1. Этиология. 2. Степень активности воспалительного процесса. 3. Стадия заболевания.
36	Какие изменения печени учитывают при определении степени активности воспалительного процесса при гепатитах?	3	1. Выраженность некрозов. 2. Выраженность дистрофических изменений. 3. Выраженность воспалительной инфильтрации.
37	Какие изменения печени учитываются при определении стадии хронического гепатита?	1	Выраженность фиброза.
38	Каковы возможные исходы хронического гепатита?	2	1. Выздоровление. 2. Переход в цирроз печени.
39	Дайте определение цирроза печени.	1	Хроническое заболевание, характеризующееся нарастающей печёночной недостаточностью, в связи с рубцовым сморщиванием и структурной перестройкой печени.
40	Укажите принципы, по которым классифицируют циррозы печени.	4	1. Этиологический. 2. Морфологический. 3. Морфогенетический. 4. Клинико-функциональный.
41	Дайте классификацию циррозов печени по этиологии.	6	1. Инфекционный. 2. Токсический и токсико-аллергический (в том числе алкогольный). 3. Билиарный. 4. Обменно-алиментарный. 5. Циркуляторный. 6. Криптогенный.
42	Циррозы, какой этиологии в настоящее время доминируют?	3	1. Вирусный. 2. Алкогольный. 3. Билиарный цирроз.
43	Дайте классификацию цирроза по морфологическим особенностям.	4	1. Мелкоузловой (микронодулярный). 2. Крупноузловой (макронодулярный). 3. Смешанный (мелко-крупноузловой). 4. Неполный септальный.

44	Дайте классификацию циррозов по морфогенетическому принципу.	4	1. Постнекротический. 2. Портальный. 3. Билиарный (расценивается как вариант портального цирроза). 4. Смешанный.
45	Назовите характерные морфологические изменения ткани печени свойственные любому циррозу.	4	1. Дистрофия и некроз гепатоцитов. 2. Извращённая регенерация. 3. Диффузный склероз. 4. Структурная перестройка органа с его деформацией.
46	Каковы конкретные проявления структурной перестройки ткани печени при циррозе?	4	1. Развитие ложных долек (или узлов-регенератов). 2. Увеличение объема и нарушение топографии опорных структур. 3. Перестройка желчевыносящей системы. 4. Нарушение архитектоники сосудистого русла.
47	Назовите морфологические особенности мелкоузлового цирроза.	3	1. Мелкие ложные дольки (не более 1 см). 2. Монолобулярное строение ложных долек (несколько ложных долек формируются из одной нормальной дольки). 3. Соединительнотканые септы узкие.
48	Перечислите морфологические особенности крупноузлового цирроза.	3	1. Крупные узлы-регенераты (ложные дольки) - могут быть до 5 см. 2. Мультилобулярное строение узлов-регенератов (одна ложная долька формируется из остатков нескольких нормальных долек). 3. Соединительнотканые септы широкие.
49	Дайте краткую характеристику постнекротического цирроза печени: а) макроскопические изменения, б) особенности микроскопической картины, в) в исходе, каких заболеваний печени развивается, г) ведущее проявление при декомпенсации.	3 3 2	а) 1. Печень плотная. 2. Уменьшена в размерах. 3. Крупнобугристая. б) 1. Ложные дольки крупные (мультилобулярные). 2. Соединительнотканые септы широкие. 3. Сближение триад и центральных вен. в) 1. Массивный прогрессирующий некроз печени.

		1	2. Вирусный гепатит (фульминантная форма). г) Хроническая печёночная недостаточность.
50	<p>Дайте краткую характеристику портального цирроза печени:</p> <p>а) макроскопическая картина, б) особенности микроскопической картины, в) в исходе каких заболеваний печени развивается, г) ведущее проявление при декомпенсации.</p>	3 3 3 1	<p>а) 1. Печень плотная. 2. Уменьшена в размерах. 3. Мелкобугристая.</p> <p>б) 1. Ложные дольки мелкие (монолобулярные). 2. Соединительнотканые септы узкие. 3. Резкое нарушение ангиоархитектоники с появлением внутрипеченочных портокавальных шунтов.</p> <p>в) 1. Хронического вирусного гепатита 2. Алкогольного гепатита. 3. Обменно-алиментарных заболеваний.</p> <p>г) Портальная гипертензия.</p>
51	Что такое портальная гипертензия?	1	Патологическое состояние, характеризующееся стойким повышением кровяного давления в портальной системе.
52	Почему при циррозах развивается портальная гипертензия?	1	Уменьшается объем сосудистого русла печени при диффузном склерозе и перестройке архитектоники органа.
53	Назовите конкретные проявления портальной гипертензии.	4	<p>1. Расширение и истончение портокавальных анастомозов (вен пищевода и желудка, передней стенки живота, геморроидальных).</p> <p>2. Асцит.</p> <p>3. Склероз воротной вены.</p> <p>4. Спленомегалия.</p>
54	<p>В исходе каких заболеваний развиваются:</p> <p>а) первичный билиарный цирроз печени, б) вторичный билиарный цирроз печени?</p>	1 4	<p>а) Негнойного деструктивного холангита и холангиолита (самостоятельного редкого заболевания).</p> <p>б) 1. Желчно-каменной болезни с обструкцией желчевыводящих путей. 2. Гнойных и других холангитов. 3. При опухолях, нарушающих отток желчи из печени. 4. При атрезии (гипоплазии) желчных путей.</p>

55	<p>Назовите гистологические особенности билиарного цирроза:</p> <p>а) первичного, б) вторичного.</p>	<p>4 а) 1. Изменения, связанные с негнойным деструктивным холангитом. 2. Скопление лимфоидных клеток с формированием лимфоидных фолликулов в строме. 3. Пролиферация желчных протоков, сменяющаяся их рубцеванием. 4. Поздний невыраженный холестаза. б) 1. Холангит, перихолангит.</p> <p>3 2. Пролиферация желчных протоков. 3. Ранний выраженный холестаза ("озёра" желчи, желчные инфаркты).</p>
56	<p>Перечислите основные внепечёночные изменения при циррозах.</p>	<p>9 1. Желтуха. 2. Геморрагический синдром. 3. Склероз и тромбоз воротной вены. 4. Расширение и истончение портоскавальных анастомозов пищевода и желудка, геморроидальных, передней стенки живота. 5. Асцит. 6. Спленомегалия. 7. Гепаторенальный синдром. 8. Печёночный гломерулосклероз (иммунокомплексный гломерулонефрит). 9. Деструктивные изменения нервных клеток головного мозга.</p>
57	<p>Что такое компенсированный цирроз печени?</p>	<p>1 Цирроз печени, при котором нет проявлений печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии.</p>
58.	<p>Что такое декомпенсированный цирроз печени?</p>	<p>1 Цирроз печени, при котором имеют место проявления печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии.</p>
59.	<p>Перечислите наиболее частые причины смерти больных циррозом печени.</p>	<p>6 1. Хроническая печеночная недостаточность 2. Печеночная-почечная недостаточность 3. Кровотечение из расширенных портоскавальных анастомозов (вен пищевода и желудка) 4. Асцит-перитонит 5. Тромбоз склерозированной воротной вены с некрозом кишечника.</p>

			6. Инфекционные осложнения и интеркуррентные заболевания.
60	Назовите формы алкогольных поражений печени.	3	1. Алкогольный гепатоз (стеатоз). 2. Алкогольный гепатит. 3. Алкогольный цирроз.
61	Перечислите возможные морфологические изменения печени при алкогольном гепатите.	5	1. Дистрофия гепатоцитов (жировая, белковая). 2. Некроз гепатоцитов. 3. Алкогольный гиалин в гепатоцитах (тельца Маллори). 4. Воспалительная инфильтрация с наличием нейтрофильных лейкоцитов. 5. Фиброз (при хронизации).
62	Назовите исходы алкогольного гепатита.	2	1. Выздоровление при отмене приема алкоголя. 2. Переход в цирроз печени.
63	Какие морфологические виды циррозов встречаются при алкогольных поражениях?	2	1. Портальный (чаще). 2. Постнекротический (редко).

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки

1. Определение токсической дистрофии печени (массивного прогрессирующего некроза печени) и жирового гепатоза. Этиология и патогенез этих гепатозов.
2. Стадии токсической дистрофии печени и жирового гепатоза. Осложнения, исходы.
3. Определение гепатита, этиология, патогенез, классификация гепатитов. Морфологическая характеристика различных форм гепатита и их осложнения.
4. Определение цирроза печени. Этиология, патогенез и классификация циррозов. Морфологическая характеристика различных форм циррозов. Осложнения циррозов.

Домашнее задание. Перенесите таблицу в рабочую тетрадь и заполните ее.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТИТОВ

Параметры	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С
Возбудитель			
Возраст больных			
Клинико-морфологические формы			
Степень тяжести			
Переход в цирроз			
Причина смерти			

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ

1. **ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ**
 - 1) очаговые некрозы гепатоцитов
 - 2) ступенчатые некрозы
 - 3) мостовидные некрозы
 - 4) массивные некрозы
 - 5) воспалительные инфильтраты в строме

2. **ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ПЕЧЕНИ ПРИ СТЕАТОЗЕ**
 - 1) очаги некроза гепатоцитов
 - 2) массивный некроз гепатоцитов
 - 3) жировая дистрофия гепатоцитов
 - 4) расстройства кровообращения
 - 5) очаговые воспалительные инфильтраты в строме

3. **ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТИТЕ**
 - 1) дистрофия гепатоцитов
 - 2) некроз гепатоцитов
 - 3) холестаз
 - 4) фиброз
 - 5) воспалительные клеточные инфильтраты

4. **ТЕЛЬЦА КАУНСИЛЬМАНА - ЭТО**
 - 1) гепатоциты в состоянии дистрофии
 - 2) гепатоциты в состоянии апоптоза
 - 3) гипертрофированные гепатоциты
 - 4) активированные макрофаги
 - 5) очаговые скопления лимфоцитов в виде фолликулов

5. **СМЕРТЬ ПРИ ГЕПАТИТЕ ВОЗМОЖНА ТОЛЬКО ПРИ**
 - 1) безжелтушной форме
 - 2) желтушной форме
 - 3) фульминантной форме
 - 4) холестеатической форме
 - 5) хроническом гепатите

6. **ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЕ ГЕПАТИТА**
 - 1) острая сердечная недостаточность
 - 2) острая печеночная недостаточность
 - 3) инфекционные осложнения
 - 4) проявления портальной гипертензии

- 5) асцит – перитонит
7. ИСХОДОМ АЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) массивный прогрессирующий некроз печени
 - 2) портальный цирроз печени
 - 3) вирусный гепатит
 - 4) аутоиммунный гепатит
 - 5) крупноузловой цирроз печени
8. ТЕЛЬЦА МАЛЛОРИ - ЭТО
- 1) некротизированные гепатоциты
 - 2) гепатоциты в состоянии апоптоза
 - 3) жировые включения в цитоплазме гепатоцитов
 - 4) белковые включения в цитоплазме гепатоцитов
 - 5) очаговые скопления лимфоцитов в строме печени
9. ЧАЩЕ АЛКОГОЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ БЫВАЕТ
- 1) портальным
 - 2) крупноузловым
 - 3) первичным билиарным
 - 4) вторичным билиарным
 - 5) криптогенным
10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ПОРТАЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
- 1) инфекционные осложнения
 - 2) хроническая печеночная недостаточность
 - 3) острая печеночная недостаточность
 - 4) спленомегалия
 - 5) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка
11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
- 1) спленомегалия
 - 2) асцит-перитонит
 - 3) хроническая печеночная недостаточность
 - 4) тромбоз воротной вены с развитием некроза кишечника
 - 5) кровотечение из варикозных вен желудка

Выберите несколько правильных ответов

12. ПРИЧИНЫ МАССИВНОГО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ
- 1) тяжелые инфекции
 - 2) тяжелые интоксикации
 - 3) может быть при вирусном гепатите В
 - 4) может быть при позднем гестозе беременности
 - 1) алкоголь

13. ИСХОДЫ МАССИВНОГО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ
- 1) выздоровление
 - 2) постнекротический цирроз печени
 - 3) смерть
 - 4) хронический гепатит
 - 5) острый гепатит
14. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ МАССИВНОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ НЕКРОЗЕ ПЕЧЕНИ
- 1) острая печеночная недостаточность
 - 2) острая сердечная недостаточность
 - 3) хроническая сердечная недостаточность
 - 4) шок
 - 5) острая печеночно-почечная недостаточность
15. СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
- 1) сахарном диабете
 - 2) алкогольной интоксикации
 - 3) гипоксии
 - 4) общем ожирении
 - 5) вирусном гепатите В
16. НАЗОВИТЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНОГО ГЕПАТИТА
- 1) алкоголь
 - 2) лекарственные препараты
 - 3) гипоксия
 - 4) гепатотропные вирусы
 - 5) сердечная недостаточность
17. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
- 1) безжелтушная
 - 2) желтушная
 - 3) мелкоузловая
 - 4) некротическая
 - 5) смешанная
18. ПРИ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ИМЕЮТСЯ
- 1) гидропическая дистрофия гепатоцитов
 - 2) очаговые некрозы гепатоцитов
 - 3) массивный некроз гепатоцитов
 - 4) воспалительные инфильтраты в строме
 - 5) фиброз
19. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
- 1) гидропическая дистрофия гепатоцитов
 - 2) массивный некроз гепатоцитов
 - 3) очаги некроза гепатоцитов

- 4) воспалительные клеточные инфильтраты в строме
 - 5) разрастание соединительной ткани
20. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
- 1) дистрофия гепатоцитов
 - 2) массивный некроз гепатоцитов
 - 3) слабо выраженные воспалительные инфильтраты
 - 4) фиброз стромы
 - 5) расстройства кровообращения
21. ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
- 1) выздоровление
 - 2) переход в хронический гепатит
 - 3) переход в постнекротический цирроз печени
 - 4) смертельный исход
 - 5) развитие рака печени
22. РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ИЛИ ВИРУСОНОСИТЕЛЬСТВА ЗАВИСИТ ОТ
- 1) возраста больного
 - 2) типа гепатотропного вируса
 - 3) сопутствующих фоновых заболеваний
 - 4) особенностей иммунной системы человека
 - 5) пути и способа заражения
23. К АЛКОГОЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) стеатоз печени
 - 2) гепатит
 - 3) цирроз
 - 4) массивный прогрессирующий некроз печени
24. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
- 1) гидропической дистрофии гепатоцитов
 - 2) жировой дистрофии гепатоцитов
 - 3) массивного некроза гепатоцитов
 - 4) телец Маллори
 - 5) воспалительных инфильтратов в строме
25. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ
- 1) мелкоузловой цирроз
 - 2) крупноузловой цирроз
 - 3) билиарный цирроз
 - 4) постнекротический
 - 5) портальный цирроз
26. МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
- 1) алкогольный

- 2) портальный
- 3) постнекротический
- 4) декомпенсированный
- 5) мультилобулярный

27. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ

- 1) альтерация гепатоцитов
- 2) извращенная регенерация
- 3) диффузный склероз
- 4) перестройка структуры печени
- 5) воспалительная инфильтрация

28. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) печень крупнобугристая
- 2) ложные дольки мелкие
- 3) соединительнотканые септы узкие
- 4) сближение триад
- 5) при декомпенсации чаще печеночная недостаточность

29. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПОРТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) печень мелкобугристая
- 2) ложные дольки крупные
- 3) соединительнотканые септы широкие
- 4) резкое нарушение ангиоархитектоники органа
- 5) при декомпенсации чаще портальная гипертензия

30. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) расширение портокавальных анастомозов
- 2) желтуха
- 3) склероз воротной вены
- 4) печеночный гломерулосклероз
- 5) асцит

31. ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ДИАГНОСТИРУЮТ ПО

- 1) проявлениям острой почечной недостаточности
- 2) проявлениям хронической почечной недостаточности
- 3) гиперплазии околопортальных лимфоузлов
- 4) проявлениям портальной гипертензии
- 5) проявлениям печеночно-клеточной недостаточности

32. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) желтуха
- 2) асцит
- 3) кровотечение из вен пищевода и желудка
- 4) гепаторенальный синдром
- 5) склероз и тромбоз воротной вены

33. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) асцит
- 2) кровотечение из вен пищевода и желудка
- 3) гепаторенальный синдром
- 4) склероз и тромбоз воротной вены
- 5) печеночный гломерулосклероз

34. ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЮТСЯ

- 1) перестройка архитектоники печени
- 2) проявления печеночной недостаточности
- 3) легочно-сердечная недостаточность
- 4) диффузный склероз печени
- 5) проявления портальной гипертензии

35. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

- 1) желтуха
- 2) острая сердечная недостаточность
- 3) хроническая печеночная недостаточность
- 4) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка
- 5) некроз кишечника при тромбозе воротной вены

36. ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) очаги некроза гепатоцитов
- 2) застой желчи в печени
- 3) уменьшение сосудистого русла печени из-за склероза
- 4) увеличение давления крови в системе портальной вены
- 5) расширение порто-кавальных анастомозов

Правильные ответы

1-4)	11-3)	21-1) 2) 3) 4)	31-4) 5)
2-3)	12-1) 2) 3) 4)	22-2) 4)	32-2) 3) 5)
3-5)	13-2) 3)	23-1) 2) 3)	33-1) 2) 4)
4-2)	14-1) 5)	24-1) 2) 4) 5)	34-2) 5)
5-3)	15-1) 2) 3) 4)	25-1) 2)	35-3) 4) 5)
6-2)	16-1) 2) 4)	26-2) 3)	36-3) 4) 5)
7-2)	17-1) 2) 4)	27-1) 2) 3) 4)	
8-4)	18-1) 4)	28-1) 4) 5)	
9-1)	19-1) 3) 4)	29-1) 4) 5)	
10-5)	20-1) 2) 3) 5)	30-1) 3) 5)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. Молодую женщину доставили экстренно в токсикологический центр в тяжелом состоянии с симптомами острой печеночной недостаточности. Известно, что было отравление грибами. Благодаря проведенной интенсивной терапии

больная осталась жива. В настоящее время состояние остается средней тяжести.

1. Как вы назовете патологию печени, развившуюся у больной?
2. Какие стадии этой патологии принято выделять?
3. Опишите морфологические изменения печени согласно этим стадиям.
4. Перечислите возможные исходы этого заболевания печени.
5. Какой исход можно ожидать у больной?
6. Назовите другие этиологические факторы, вызывающие такое заболевание печени.

2. В детском интернате эпидемическая вспышка вирусного гепатита, связанная с аварией в системе водоснабжения. Несколько детей госпитализированы в инфекционную больницу с желтушной формой болезни. Проведен ряд лабораторных исследований с целью установления этиологии. Состояние больных средней степени тяжести, они получают адекватное лечение.

1. Уточните тип вируса, вызывающий такой гепатит.
2. Каков путь заражения?
3. Опишите микроскопические изменения печени в разгар болезни при желтушной форме гепатита.
4. Укажите вид желтухи у больных, объясните ее патогенез.
5. Назовите исход болезни, который должен быть у больных этим гепатитом.
6. Возможна ли хронизация, переход в цирроз при таком гепатите?

3. Больной поступил в инфекционную больницу с диагнозом острый гепатит. Состояние тяжелое, нарастают признаки острой печеночной недостаточности. Известно, что 2 месяца назад в связи с тяжелой травмой производилось переливание крови. Ряд лабораторных данных дал возможность установить, что у пациента вирусный гепатит В.

1. Перечислите клиничко-морфологические формы острого вирусного гепатита.
2. Какая, видимо, клиничко-морфологическая форма вирусного гепатита у больного, поступившего в больницу?
3. Уточните микроскопические изменения печени при этой форме гепатита.
4. Назовите возможные исходы этой формы гепатита.
5. Каковы причины смерти при вирусном гепатите?
6. Укажите путь заражения у больного, описанного в задаче.

4. Молодой мужчина уже несколько лет употребляет наркотические вещества внутривенно. Перенес вирусный гепатит в легкой безжелтушной форме. Спустя год появились многочисленные жалобы, с которыми вынужден был обратиться к врачам. В настоящее время функция печени дестабилизирована, ставится диагноз хронического гепатита.

1. Дайте определение гепатита.
2. Что вы можете сказать об этиологии гепатита у больного, обратившегося за медицинской помощью?
3. Каков путь заражения при нем?

4. Опишите микроскопические изменения печени при хроническом гепатите.

5. Назовите возможные исходы хронического гепатита.

6. Перечислите другие этиологические факторы кроме гепатотропного вируса, вызывающие хронический гепатит.

5. Больной длительное время страдает алкоголизмом (печеночной формой), несколько раз госпитализировался в связи с эпизодами алкогольного гепатита. В настоящее время появился целый ряд симптомов, позволяющий предполагать начало формирования цирроза печени. Пациент госпитализирован в стационар для уточнения диагноза.

1. Опишите основные микроскопические изменения печени при алкогольном гепатите.

2. Выделите микроскопические изменения гепатоцитов типичные для алкогольного поражения (маркеры алкогольного поражения).

3. Назовите возможные исходы алкогольного гепатита.

4. Какой морфогенетический вид цирроза обычно развивается в исходе алкогольного гепатита?

5. Часто ли у больных, страдающих алкоголизмом, развивается цирроз печени?

6. Перечислите другие органы и системы организма, поражаемые при алкоголизме.

6. Пациент 42-х лет умер от хронической печеночной недостаточности. При проведении патологоанатомического вскрытия обнаружен цирроз печени. Печень уменьшена в размерах, плотная, поверхность крупнобугристая, на разрезе дольчатого вида (размер узлов до 3 см в диаметре). Известно, что в прошлом перенес тяжелую форму вирусного гепатита.

1. Назовите вид цирроза, найденный на вскрытии, по морфологическим параметрам.

2. Укажите морфогенетический вид цирроза печени у умершего.

3. Опишите микроскопические особенности этого цирроза печени.

4. В исходе, какой клинико-морфологической формы вирусного гепатита, развился данный цирроз?

5. Какое ведущее проявление доминировало при декомпенсации цирроза?

6. В исходе, еще какой патологии печени, возможно развитие аналогичного цирроза?

7. Смерть мужчины 50-ти лет наступила внезапно. На вскрытии обнаружены, уменьшенная в размерах, плотная, мелкобугристая печень, а также варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, в полости желудка 900 мл жидкой крови, в брюшной полости 500 мл прозрачной жидкости.

1. Назовите вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических параметров.

2. Какой это вид цирроза печени по морфогенезу?

3. Опишите гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза печени.

4. Почему у больного варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка?

5. Объясните скопление крови в полости желудка и скопление прозрачной жидкости в брюшной полости.

6. Какова причина смерти больного?

7. Перечислите возможные внепеченочные изменения при циррозе печени.

8. У женщины 52-х лет в анамнезе желчнокаменная болезнь с повторяющейся желтухой в связи с холестазом, вызванным обтурацией камнями внутри- и внепеченочных желчных протоков. Известно, что ранее была оперирована по поводу механической желтухи. В настоящее время диагностирован билиарный цирроз печени.

1. Какой билиарный цирроз печени у больной первичный или вторичный?

2. Что такое первичный билиарный цирроз печени?

3. Что такое вторичный билиарный цирроз печени?

4. Назовите морфологические изменения печени (макроскопические, микроскопические) при билиарном циррозе, развившемся на фоне желчнокаменной болезни.

5. Что такое компенсированный и что такое декомпенсированный цирроз печени?

6. Перечислите возможные причины смерти при циррозе печени.

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Выберите один правильный ответ

1. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ПЕЧЕНИ ПРИ СТЕАТОЗЕ

- 1) очаги некроза гепатоцитов
- 2) массивный некроз гепатоцитов
- 3) жировая дистрофия гепатоцитов
- 4) расстройства кровообращения
- 5) очаговые воспалительные инфильтраты в строме

2. СМЕРТЬ ПРИ ГЕПАТИТЕ ВОЗМОЖНА ТОЛЬКО ПРИ

- 1) безжелтушной форме
- 2) желтушной форме
- 3) фульминантной форме
- 4) холестатической форме
- 5) хроническом гепатите

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

- 1) спленомегалия
- 2) асцит-перитонит
- 3) печеночная недостаточность
- 4) тромбоз воротной вены с развитием некроза кишечника
- 5) кровотечение из варикозных вен желудка

Задание. Выберите несколько правильных ответов

4. ПРИЧИНЫ МАССИВНОГО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) тяжелые инфекции
- 2) тяжелые интоксикации
- 3) может быть при вирусном гепатите В
- 4) может быть при позднем гестозе
- 5) алкоголь

5. ИСХОДЫ МАССИВНОГО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) выздоровление
- 2) цирроз печени
- 3) смерть
- 4) хронический гепатит
- 5) острый гепатит

6. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ МАССИВНОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ НЕКРОЗЕ ПЕЧЕНИ

- 1) острая печеночная недостаточность
- 2) острая сердечная недостаточность
- 3) хроническая сердечная недостаточность
- 4) шок
- 5) острая печеночно-почечная недостаточность

7. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

- 1) безжелтушная
- 2) желтушная
- 3) мелкоузловая
- 4) некротическая
- 5) смешанная

8. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

- 1) гидropическая дистрофия гепатоцитов
- 2) массивный некроз гепатоцитов
- 3) очаги некроза гепатоцитов
- 4) воспалительные клеточные инфильтраты в строме
- 5) разрастание соединительной ткани

9. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПОРТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) печень мелкобугристая
- 2) ложные дольки крупные
- 3) соединительнотканые септы широкие
- 4) резкое нарушение ангиоархитектоники органа
- 5) при декомпенсации чаще портальная гипертензия

10. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) асцит
- 2) кровотечение из вен пищевода и желудка
- 3) гепаторенальный синдром
- 4) склероз и тромбоз воротной вены
- 5) печеночный гломерулосклероз

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Дайте определение гепатита.

а) . . .

12. Назовите основные микроскопические изменения, происходящие в печени при вирусном гепатите.

а) . . . б) . . . в) . . . г) . . . д) . . .

13. Укажите возможные исходы вирусного гепатита.

а) . . . б) . . . в) . . .

14. *Задача.* Молодой мужчина доставлен в токсикологический центр с признаками острого тяжелого отравления. Известно, что накануне употреблял с пищей грибы. В ходе развития болезни развилась острая печеночная недостаточность. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия на 3-ей неделе болезни наступила смерть.

1) Как вы назовете патологию печени, развившуюся у больного?

а) . . .

2) В какую стадию болезни умер больной?

а) . . .

3) Опишите микроскопические изменения печени в эту стадию.

а) . . . б) . . . в) . . . г) . . .

Эталон

1-3)

4-1) 2) 3) 4)

7-1) 2) 4)

10-1) 2) 4)

2-3)

5-2) 3)

8-1) 3) 4)

3-3)

6-1) 5)

9-1) 4) 5)

11. а) заболевание печени воспалительного характера.

12. а) альтерация гепатацитов (дистрофия и некроз), б) воспалительные клеточные инфильтраты, в) расстройства кровообращения, г) холестаза, д) при хроническом течении – фиброз.

13 а) выздоровление, б) смерть, в) переход в цирроз печени.

14. Задача.

- 1) а) массивный прогрессирующий некроз печени (токсическая дистрофия печени).
- 2) а) в стадию красной дистрофии.
- 3) а) фагоцитоз жиро-белкового детрита (масс некроза),
б) расширение, переполнение кровью синусоидальных капилляров, в) кровоизлияния, г) слабая клеточная воспалительная реакция.

Занятие № 10

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по патологической анатомии заболеваний почек.

Конкретные задачи самостоятельной работы.

1. Запомнить определения, термины, используемые при описании болезней, входящих в состав гломерулопатий и тубулопатий.
2. Запомнить классификации острого и хронического гломерулонефрита, нефротического синдрома.
3. Усвоить и понять этиологию, патогенез морфогенез гломерулонефрита, нефротического синдрома, некротического нефроза.
4. Изучить морфологические изменения при этих заболеваниях почек.
5. Усвоить и понять осложнения, последствия, причины смерти при этих заболеваниях почек.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 531 – 549. Обратитесь к материалам лекции, другим доступным источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Перечислите основные группы заболеваний почек.	8	1. Гломерулопатии. 2. Тубулопатии. 3. Интерстициальный (межуточный) нефрит. 4. Пиелонефрит. 5. Почечнокаменная болезнь. 6. Нефросклероз.

			7. Пороки развития (чаще поликистоз). 8. Опухоли почек.
2	Что понимают под термином гломерулопатии?	1	Группу заболеваний с преимущественным первичным поражением клубочков почек различной этиологии и патогенеза.
3	Что такое тубулопатии?	1	Группа заболеваний почек с преимущественным первичным поражением канальцев различной этиологии и патогенеза.
4	Назовите наиболее известные приобретённые гломерулопатии.	4	1. Гломерулонефрит. 2. Группа невоспалительных гломерулопатий, объединенных в первичный нефротический синдром (липидный нефроз, мембранозная гломерулопатия, фокальный сегментарный гломерулярный гиалиноз). 3. Амилоидоз почек. 4. Диабетическая гломерулопатия
5	Назовите некоторые приобретенные тубулопатии.	3	1. Некротический нефроз. 2. "Миеломная почка". 3. "Подагрическая почка".
6	Перечислите основные почечные синдромы.	5	1. Острая почечная недостаточность. 2. Хроническая почечная недостаточность. 3. Нефротический синдром. 4. Нефритический синдром. 5. Гепаторенальный синдром.
7	Дайте определение гломерулонефрита (ГН).	1	Заболевание инфекционно-аллергической или не установленной природы, в основе которого лежит двустороннее диффузное или очаговое негнойное воспаление клубочкового аппарата почек.
8	Перечислите возможные ренальные симптомы при гломерулонефрите (ГН).	5	1. Протеинурия. 2. Гематурия. 3. Цилиндрурия. 4. Олигурия. 5. Липидурия.
9	Перечислите возможные экстраренальные симптомы при гломерулонефрите (ГН).	6	1. Артериальная гипертензия. 2. Гипертрофия сердца. 3. Диспротеинемия. 4. Отеки.

			<p>5. Гиперазотемия.</p> <p>6. Гиперлипидемия.</p>
10	Какие принципы учитываются в классификации гломеруло-нефрита (ГН)?	6	<p>1. Нозологическая принадлежность (первичный, вторичный).</p> <p>2. Этиология (инфекционная, неинфекционная, неустановленная).</p> <p>3. Патогенез (иммунологически обусловленный и иммунологически не обусловленный).</p> <p>4. Течение (острый, подострый, хронический).</p> <p>5. Морфология (топография, характер поражения клубочка, распространённость).</p> <p>6. Доминирование клинических симптомов.</p>
11	Какие формы ГН выделяют, учитывая доминирование клинических симптомов?	4	<p>1. Гематурическую форму.</p> <p>2. Нефротическую.</p> <p>3. Гипертоническую.</p> <p>4. Смешанную форму.</p>
12	Назовите наиболее частые этиологические факторы, вызывающие гломерулонефрит.	3	<p>1. Инфекционная (В-гемолитический стрептококк 4,12,1 типов, другие микробные и паразитарные агенты).</p> <p>2. Алкоголь.</p> <p>3. Лекарственные препараты и др.</p>
13	Какие патогенетические моменты имеют значение в развитии гломерулонефрита?	2	<p>1. Сенсibilизация организма бактериальными и небактериальными антигенами.</p> <p>2. Охлаждение и др.</p>
14	Приведите патогенетическую классификацию гломерулонефрита.	2	<p>1. Иммунологически обусловленный</p> <p>2. Иммунологически необусловленный ГН - редко.</p>
15	С какими иммунологическими субстратами может быть связано развитие гломерулонефрита?	2	<p>1. Иммунными комплексами (гетерологическими или аутологическими).</p> <p>2. Антителами (антипочечными аутоантителами).</p>
16	Назовите виды гломерулонефрита, выделяемые по топографии доминирования поражения в клубочке.	2	<p>1. Интракапиллярные формы.</p> <p>2. Экстракапиллярные формы.</p>

17	Что такое интракапиллярный гломерулонефрит?	1	Гломерулонефрит, при котором воспалительный процесс наиболее ярко проявляется в сосудистом клубочке.
18	Что такое экстракапиллярный гломерулонефрит?	1	Гломерулонефрит, при котором воспалительный процесс наиболее ярко проявляется в капсуле (или полости капсулы) клубочка.
19	Назовите виды ГН, выделяемых в зависимости от характера воспалительной реакции.	2	1. Экссудативные (интра-, экстракапиллярные). 2. Пролиферативные (интра-, экстракапиллярные).
20	Назовите микроскопические изменения почечного клубочка, которые могут быть при ГН.	4	1. Появление экссудата. 2. Пролиферация клеточных элементов (эндотелия, клеток мезангия, подоцитов, нефротелия капсулы). 3. Изменения базальной мембраны (отложение иммунных комплексов, накопление мембраноподобного вещества, деструкция, деформация). 4. Поздний склероз, гиалиноз с гибелью клеток.
21	Какие микроскопические изменения возможны в почечных канальцах при ГН?	4	1. Дистрофия эпителия (жировая, гиалиновокапельная, вакуольная). 2. Некроз эпителия (реже). 3. Атрофия и гибель клеток. 4. Регенерация эпителия.
22	Какие морфологические изменения могут наблюдаться в стенках артерий и артериол при ГН (гипертонический вариант).	4	1. Увеличение проницаемости с плазморрагией. 2. Фибриноидный некроз. 3. Гиалиноз. 4. Эластофиброз.
23	Перечислите морфологические изменения, наблюдающиеся в строме почки при ГН.	4	1. Лимфогистиоцитарные инфильтраты 2. Отек. 3. Отложение липидов. 4. Склероз.
24	Как классифицируется гломерулонефрит по характеру течения?	3	1. Острый ГН (1,5-12 мес.). 2. Подострый (6 мес.-1,5 года). 3. Хронический (многие годы с обострениями и ремиссиями).
25	Дайте характеристику острого ГН: а) этиология (чаще), б) патогенез,	1 1	а) В-гемолитический стрептококк группы А, типов 12,4,1. б) Связан с иммунными комплексами.

	в) превалирующие морфологические виды, г) исходы (основные).	2 2	в) 1. Экссудативный интракапиллярный. 2. Проллиферативный интракапиллярный. г) 1. Выздоровление (чаще). 2. Переход в хронический ГН (10-20%).
26	Опишите основные гистологические изменения клубочков при экссудативном интракапиллярном ГН.	3	1. Иммуные комплексы на базальной мембране. 2. Инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами мезангия и капиллярных петель клубочка. 3. Полнокровие капиллярных петель и отек с увеличением объема сосудистого клубочка.
27	Назовите основные гистологические изменения клубочков при пролиферативном интракапиллярном ГН.	2	1. Иммуные комплексы на базальной мембране. 2. Выраженная пролиферация эндотелия и умеренная клеток мезангия с увеличением объема сосудистого клубочка.
28	Дайте характеристику подострого (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита: а) этиология, б) патогенез, в) морфологический вид, г) исход.	1 1 1 1	а) Чаще неясна. б) Связан с циркулирующими иммунными комплексами и антителами. в) Экстакапиллярный пролиферативный ГН. г) Прогрессирующая почечная недостаточность со смертельным исходом.
29	Назовите характерные микроскопические изменения в почечном клубочке при продуктивном экстракапиллярном ГН.	5	1. Отложение иммунных комплексов на базальной мембране. 2. Некроз капиллярных петель сосудистого клубочка. 3. Отложение фибрина в полости капсулы. 4. Образование "полулуний". 5. Фиброз, гиалиноз клубочка.
30	Из каких клеток сформированы "полулуния"?	3	1. Из пролиферирующего нефротелия капсулы. 2. Из пролиферирующих подоцитов. 3. Из макрофагов (моноцитов).
31	Дайте характеристику	1	а) Чаще неясна.

	хронического гломерулонефрита: а) этиология, б) патогенез, в) морфологические виды, г) исход воспалительного процесса, д) исход болезни.	1 2 1 1	б) Связан с циркулирующими иммунными комплексами в 80-90 % и антителами. в) 1. Мезангиальный. 2. Фибропластический. г) Вторичное (нефритическое) сморщивание почек. д) Смерть от ХПН или других причин.
32	Опишите микроскопические изменения почечного клубочка при мезангиальном ГН.	5	1. Отложение иммунных комплексов и антител в базальной мембране. 2. Пролиферация мезангиоцитов 3. Утолщение базальной мембраны за счет накопления мембраноподобного вещества. 4. Интерпозиция мезангиоцитов на периферию сосудистых петель с расщепление базальной мембраны. 5. Склероз и гиалиноз клубочка.
33	Какие два варианта мезангиального ГН выделяют в зависимости от интерпозиции мезангия и склероза капиллярных петель?	2	1. Мезангиально-пролиферативный. 2. Мезангиально-капиллярный (выраженная интерпозиция мезангия и склероз).
34	Какие микроскопические изменения клубочков наблюдаются при фибропластическом ГН?	3	1. Склероз, гиалиноз капиллярных петель. 2. Образование спаек в полости капсулы. 3. Склероз капсулы клубочка.
35	Назовите наиболее частые причины смерти больных гломерулонефритом.	5	1. Хроническая почечная недостаточность. 2. Острая почечная недостаточность. 3. Сердечная недостаточность. (декомпенсация гипертрофированного сердца). 4. Кровоизлияние в головном мозге. 5. Инфекционные осложнения (интеркурентные заболевания).
36	Что такое нефротический синдром?	1	Почечный синдром, характеризующийся высокой протеинурией, диспротеинемией, гипопроотеинемией, гиперлипидемией и отёками.

37	Что такое первичный нефротический синдром?	1	Группа самостоятельных почечных заболеваний, относящихся к невоспалительным гломерулопатиям.
38	Что такое вторичный нефротический синдром?	1	Нефротический синдром, развивающийся как компонент какого-либо заболевания (гломерулонефрита, амилоидоза почек, диабетической гломерулопатии и др.).
39	Какими заболеваниями представлен первичный нефротический синдром?	3	1. Липоидным нефрозом (нефропатией с минимальными изменениями). 2. Мембранозной нефропатией (мембранозным гломерулонефритом). 3. Фокальным сегментарным гломерулярным склероз.
40	Дайте морфологическую характеристику липоидного нефроза: а) изменения клубочков, б) канальцев, в) стромы.	1 1 1	а) Исчезновение малых отростков подоцитов и слияние подоцитов с базальной мембраной (“болезнь малых отростков подоцитов”). б) Дистрофия (жировая, белковая) эпителия канальцев главных отделов нефрона. в) Отек стромы с отложением холестерина.
41	Дайте морфологическую характеристику мембранозной гломерулопатии: а) изменения клубочков, б) изменения канальцев.	3 1	а) 1. Отложение иммунных комплексов на базальной мембране клубочка 2. Новообразование мембраноподобного вещества с утолщением базальной мембраны. 3. Нарастающий склероз, гиалиноз клубочка. б) Тяжелая дистрофия эпителия канальцев.
42	Перечислите стадии амилоидоза почек.	4	1. Латентная. 2. Протеинурическая. 3. Нефротическая. 4. Азотемическая (уремическая).
43	Назовите наиболее частые причины смерти при амилоидозе почек.	3	1. Хроническая почечная недостаточность. 2. Острая почечная недостаточность. 3. Присоединившаяся инфекция.
44	Дайте определение некротического нефроза.	1	Заболевание почек, характеризующееся некрозом эпителия канальцев

			и глубоким нарушением почечного крово- и лимфообращения.
45	Назовите основные причины некротического нефроза.	3	1. Интоксикация. 2. Инфекция. 3. Шок любой этиологии и шоковые ситуации.
46	Назовите основные патогенетические механизмы некротического нефроза.	2	1. Прогрессирующая ишемия коркового слоя почек. 2. Непосредственное действие на эпителий токсических веществ.
47	Перечислите стадии некротического нефроза.	3	1. Начальная (шоковая) 1-1,5 сутки. 2. Олигоанурическая 2-9 сутки. 3. Стадия восстановления диуреза 10-21 сутки.
48	Назовите основные микроскопические изменения в почках при некротическом нефрозе.	4	1. Нарушения кровообращения (ишемия коры, венозное полнокровие пирамид кровоизлияния, отёк). 2. Тяжёлая дистрофия эпителия главных отделов канальцев. 3. Некроз эпителия канальцев. 4. В строме слабая лейкоцитарная инфильтрация.
49	Какие могут быть исходы некротического нефроза?	3	1. Полное выздоровление при регенерации структур почки. 2. Выздоровление со структурным ущербом (с очаговым нефросклерозом). 3. Смерть от острой почечной недостаточности при некрозе канальцев с тубулорексисом.
50	Дайте определение амилоидоза.	1	Патология, при которой происходит отложение аномального не встречающегося в норме сложного белка амилоида между клеток в различных органах.
51	При каком этиопатогенетическом варианте амилоидоза чаще поражаются почки?	1	При вторичном.
52	Что такое вторичный амилоидоз?	1	Амилоидоз, развивающийся на фоне какого-либо заболевания.

53	Перечислите заболевания, при которых может развиваться вторичный амилоидоз?	4	1. Хронические инфекции (туберкулез). 2. Хронические гнойно-деструктивные заболевания (ХНЗЛ, хронический остеомиелит). 3. Некоторые злокачественные образования (парапротеинемические лейкозы). 4. Ревматические болезни (ревматоидный артрит).
54	Назовите основные этапы морфогенеза вторичного амилоидоза.	3	1. Стимуляция синтеза, главным образом в печени, белка A глобулина (SAA). 2. Деградация SAA с появлением AA – белка. 3. Сборка из AA – белка на поверхности макрофагов фибрилл амилоида.
55	Назовите стадии амилоидоза почек.	4	1. Латентная. 2. Протеинурическая. 3. Нефротическая. 4. Азотелическая (уремическая).
56	В каких гистологических структурах почки откладывается амилоидоз?	4	1. Почечные клубочки (мезангий, капиллярные петли). 2. Базальная мембрана канальцев. 3. Стенка кровеносных сосудов. 4. Строма органа.
57	Перечислите причины смерти при амилоидозе почек.	2	1. Хроническая почечная недостаточность. 2. Вторичная инфекция.

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки

1. Современная клинико-морфологическая классификация болезней почек.
2. Основные клинические проявления болезней почек: почечные и внепочечные симптомы, синдромы.
3. Общая характеристика гломерулонефрита, определение, принципы классификации. Этиология и патогенез гломерулонефрита.
4. Характеристика гломерулонефрита с позиций морфологии в зависимости от топографии процесса и от характера воспаленной реакции.
5. Клинико-морфологические сопоставления острого, подострого и хронического гломерулонефрита.
6. Невоспалительные гломерулопатии, относящиеся к первичному нефро-

тическому синдрому, клинико-морфологическая характеристика.

7. Этиология и патогенез амилоидоза почек, классификация, морфологическая характеристика, осложнения и исходы.

8. Определение тубулопатий, их классификация. Пример приобретенных тубулопатий.

9. Этиология и патогенез острой почечной недостаточности (некротического нефроза), его морфологическая характеристика, в зависимости от стадии. Осложнения и исходы.

Домашнее задание. Перенесите таблицу в рабочую тетрадь и заполните ее.

ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ

Параметры	Острый гломерулонефрит	Подострый гломерулонефрит	Хронический гломерулонефрит
Этиология и патогенез			
Характер воспаления почечного клубочка			
Основные морфологические изменения почечного клубочка			
Исход			

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ.

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА**
 - 1) золотистый стафилококк
 - 2) пневмококк
 - 3) β – гемолитический стрептококк группы А
 - 4) менингококк
 - 5) неизвестный фактор
2. **РАННИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧЕЧНОМ КЛУБОЧКЕ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ**
 - 1) экссудативные изменения в сосудистом клубочке
 - 2) продуктивные изменения в сосудистом клубочке
 - 3) продуктивные изменения капсулы клубочка
 - 4) склероз сосудистого клубочка
 - 5) гиалиноз сосудистого клубочка
3. **ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖНО УКЛАДЫВАТЬСЯ В СРОК**

- 1) 2 – 3 недели
 - 2) 1,5 – 2 месяца
 - 3) 1,5 – 12 месяцев
 - 4) 6 месяцев-2 года
 - 5) многие годы
4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
- 1) выздоровление
 - 2) переход в нефросклероз
 - 3) переход в хронический гломерулонефрит
 - 4) смерть от острой почечной недостаточности
 - 5) смерть от хронической почечной недостаточности
5. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ «ПОЛУЛУНИЯ» ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ-ЗА ПРОЛИФЕРАЦИИ
- 1) нефротелия капсулы почечного клубочка
 - 2) эндотелия капиллярных петель почечного клубочка
 - 3) нефротелия почечных канальцев
 - 4) клеток интерстиция почки
 - 5) склероза почечного клубочка
6. ЗАКОНОМЕРНЫЙ ИСХОД ПОДОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
- 1) выздоровление
 - 2) переход в хронический гломерулонефрит
 - 3) смерть от почечной недостаточности
 - 4) переход в острый гломерулонефрит
 - 5) развитие амилоидоза почек
7. УКАЖИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
- 1) эндогенные токсические вещества
 - 2) экзогенные токсические вещества
 - 3) β – гемолитический стрептококк группы А
 - 4) неизвестный фактор
 - 5) некоторые вирусы
8. ЗАКОНОМЕРНЫЙ ИСХОД ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
- 1) выздоровление
 - 2) смерть от хронической почечной недостаточности
 - 3) смерть от острой почечной недостаточности
 - 4) переход в быстро прогрессирующий гломерулонефрит
 - 5) переход в острый гломерулонефрит
9. В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ
- 1) отложение иммунных комплексов на базальной мембране клубочка
 - 2) повреждение клубочка почечными аутоантителами
 - 3) повреждение клубочка бактериальными токсинами

- 4) полнокровие коркового слоя
 - 5) резкая ишемия коркового слоя почек
10. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ НЕФРОЗЕ
- 1) дистрофия эпителия почечных канальцев
 - 2) некроз эпителия почечных канальцев
 - 3) ишемия коркового слоя почек
 - 4) отек интерстиция почек
 - 5) очаговые лейкоцитарные инфильтраты в строме почек
11. ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ НЕФРОЗЕ ВОЗМОЖНО ПРИ
- 1) разрастании соединительной ткани
 - 2) полной регенерации эпителия канальцев
 - 3) рассасывании отеочной жидкости в интерстиции почки
 - 4) переходе дистрофии эпителия канальцев в некроз
 - 5) исчезновении лейкоцитарных инфильтратов в интерстиции
12. ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ НЕФРОЗЕ
- 1) восстановление нормального кровообращения
 - 2) рассасывание отеочной жидкости
 - 3) исчезновение лейкоцитарных инфильтратов из интерстиция
 - 4) сохранение структуры базальной мембраны канальцев
 - 5) развитие очагового склероза
13. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ НЕФРОЗЕ СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ ОТ
- 1) инфекционных осложнений
 - 2) острой почечной недостаточности
 - 3) хронической почечной недостаточности
 - 4) хронической сердечной недостаточности
 - 5) кровоизлияния в головной мозг
14. ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- 1) остром гломерулонефрите
 - 2) некротическом нефрозе
 - 3) циррозах печени
 - 4) острых воспалительных заболеваниях легких
 - 5) хронических гнойно-деструктивных заболеваниях легких
15. ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК НЕИЗБЕЖНО РАЗВИВАЕТСЯ
- 1) гематурия
 - 2) нефритический синдром
 - 3) гепаторенальный синдром
 - 4) острая почечная недостаточность

5) хроническая почечная недостаточность

Выберите несколько правильных ответов

16. РЕНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) протеинурия
- 2) гематурия
- 3) цилиндрурия
- 4) диспротеинемия
- 5) артериальная гипертензия

17. ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) артериальную гипертензия
- 2) диспротеинемия
- 3) отеки
- 4) протеинурия
- 5) олигурия

18. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ В ПОЧЕЧНОМ КЛУБОЧКЕ МОГУТ ПРОЛИФЕРИРИРОВАТЬ

- 1) эндотелий капилляров
- 2) клетки мезангия
- 3) макрофаги
- 4) нефротелий капсулы
- 5) нейтрофильные лейкоциты

19. НАЗОВИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) β -гемолитический стрептококк
- 2) стафилококк
- 3) пневмококк
- 4) некоторые вирусы
- 5) алкоголь

20. БАЗАЛЬНАЯ МЕМБРАНА ПОЧЕЧНОГО КЛУБОЧКА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ

- 1) циркулирующими иммунными комплексами
- 2) антителами
- 3) бактериальными токсинами
- 4) недостатком притока крови
- 5) недостатком кислорода при гипоксии

21. УКАЖИТЕ ДРУГИЕ НАЗВАНИЯ ПОДОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) фибропластический
- 2) полулунный
- 3) мезангиальный
- 4) экссудативный интракапиллярный

- 5) продуктивный экстракапиллярный
22. КАК ЕЩЕ МОЖНО НАЗВАТЬ «ПОЛУЛУННЫЙ» ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ?
- 1) подострый
 - 2) быстро прогрессирующий
 - 3) злокачественный
 - 4) острый
 - 5) интракапиллярный
23. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО КЛУБОЧКА ПРИ ПОДОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
- 1) пролиферация нефротелия капсулы
 - 2) пролиферация подоцитов
 - 3) пролиферация эндотелия капилляров
 - 4) пролиферация макрофагов капсулы
 - 5) отложение амилоида
24. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО
- 1) незначительная протеинурия
 - 2) значительная протеинурия
 - 3) гематурия
 - 4) выраженные отеки
 - 5) гипопротейнемия
25. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
- 1) мезангиальнопролиферативный
 - 2) мезангиальнокапиллярный
 - 3) фибропластический
 - 4) экссудативный интракапиллярный
 - 5) экссудативный экстракапиллярный
26. В ИСХОДЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧЕЧНОМ КЛУБОЧКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ
- 1) гиалиноз
 - 2) склероз
 - 3) некроз
 - 4) амилоидоз
 - 5) ишемия
27. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
- 1) кровоизлияние в головной мозг
 - 2) хроническая почечная недостаточность
 - 3) хроническая сердечная недостаточность
 - 4) инфекционные осложнения
 - 5) гепаторенальный синдром
28. К НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ГЛОМЕРУЛОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) липоидный нефроз
 - 2) мембранозная гломерулопатия
 - 3) диабетическая гломерулопатия
 - 4) амилоидоз
 - 5) некротический нефроз
29. ЭЛЕКТРОННОМИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО КЛУБОЧКА ПРИ ЛИПОИДНОМ НЕФРОЗЕ
- 1) отложение иммунных комплексов в базальной мембране
 - 2) накопление мембраноподобного вещества
 - 3) расщепление базальной мембраны
 - 4) исчезновение малых отростков подоцитов
 - 5) слияние подоцитов с базальной мембраной
30. СИНОНИМЫ «БОЛЕЗНИ МАЛЫХ ОТРОСТКОВ ПОДОЦИТОВ»
- 1) мембранозная гломерулопатия
 - 2) липоидный нефроз
 - 3) нефропатия с минимальными изменениями
 - 4) фокальный гломерулярный склероз
 - 5) печеночный гломерулосклероз
31. ПРИЧИНА НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА
- 1) шок
 - 2) шокоподобные ситуации
 - 3) тяжелые инфекции
 - 4) тяжелые отравления
 - 5) хроническая гипоксия
32. НЕКРОТИЧЕСКИЙ НЕФРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- 1) шоке
 - 2) обменно-алиментарных нарушениях
 - 3) тяжелых инфекциях
 - 4) экзогенных отравлениях
 - 5) амилоидоз почек
33. СТАДИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА
- 1) шоковая
 - 2) олигоанурическая
 - 3) протеинурическая
 - 4) гематурическая
 - 5) восстановление диуреза
34. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ШОКОВОЙ СТАДИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА
- 1) разрастание соединительной ткани
 - 2) дистрофия эпителия почечных канальцев
 - 3) выраженный некроз эпителия почечных канальцев

- 4) выраженные нарушения кровообращения
5) атрофия эпителия почечных канальцев
35. **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОЛИГОАНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА**
1) ишемия коркового слоя почки
2) отек интерстиция почки
3) склероз стромы
4) некроз эпителия канальцев
5) атрофия эпителия канальцев
36. **ВОЗМОЖНЫЙ ИСХОД НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА**
1) выздоровление
2) переход в хронический гломерулонефрит
3) развитие вторичного амилоидоза почек
4) смерть от острой почечной недостаточности
5) развитие очагового нефросклероза
37. **АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ**
1) остром абсцессе легких
2) хронических гнойно-деструктивных заболеваниях легких
3) хроническом остеомиелите
4) ревматоидном полиартрите
5) гипертонической болезни
38. **АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК НЕИЗБЕЖНО ПРИВОДИТ К ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЗ-ЗА**
1) отека и полнокровия коркового слоя
2) нарастающей атрофии эпителия канальцев
3) гибели и утрате структур почечного клубочка
4) некроза эпителия канальцев
5) некроза капиллярных петель почечных клубочков

Правильные ответы

1-3)	11-2)	21-2) 5)	31-1) 2) 3) 4)
2-1)	12-4)	22-1) 2) 3)	32-1) 3) 4)
3-3)	13-2)	23-1) 2) 4)	33-1) 2) 5)
4-1)	14-5)	24-2) 4) 5)	34-2) 4)
5-1)	15-5)	25-1) 2) 3)	35-1) 2) 4)
6-3)	16-1) 2) 3)	26-1) 2)	36-1) 4) 5)
7-4)	17-1) 2) 3)	27-1) 2) 3) 4)	37-2) 3) 4)
8-2)	18-1) 2) 3) 4)	28-1) 2) 3) 4)	38-2) 3)
9-5)	19-1) 2) 3) 4)	29-4) 5)	
10-2)	20-1) 2)	30-2) 3)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. Ребенок 12-ти лет заболел через несколько недель после перенесенной стрептококковой ангины. Появилась кровь в моче, небольшая протеинурия, умеренные отеки лица, повышение температуры тела до 37,6°C, невысокий подъем артериального давления. С диагнозом острый гломерулонефрит госпитализирован в нефрологическое отделение.

1. Дайте определение гломерулонефрита.
2. Что вы можете сказать об этиологии и патогенезе гломерулонефрита у заболевшего ребенка.
3. Назовите микроскопические изменения почечных клубочков при остром гломерулонефрите.
4. Как можно объяснить гематурию, протеинурию, отеки, повышение артериального давления при остром гломерулонефрите?
5. Укажите длительность течения и типичный исход острого гломерулонефрита.
6. Перечислите более редкие исходы острого гломерулонефрита.

2. У больного клиника быстро прогрессирующего (подострого) гломерулонефрита. Имеется повышение артериального давления, выраженная протеинурия, выраженные отеки, а также нарастающие признаки снижения функции почек. Для уточнения диагноза произведена пункционная биопсия почек, обнаружена морфологическая картина «полулунного» гломерулонефрита.

1. Что вы можете сказать об этиологии и патогенезе быстро прогрессирующего (подострого) гломерулонефрита?
2. Опишите характерные микроскопические изменения почечных клубочков при этом гломерулонефрите.
3. Почему гломерулонефрит называют «полулунным», что такое «полулуние»?
4. Объясните патогенез развития протеинурии и отеков при таком гломерулонефрите.
5. Назовите исход такого гломерулонефрита.
6. Какие возможности при диагностике гломерулонефрита дает пункционная биопсия почек?

3. Больной длительное время страдал хроническим гломерулонефритом, неоднократно лечился стационарно, последний год с помощью хронического гемодиализа. Умер от хронической почечной недостаточности с развитием уремии. При вскрытии обнаружены почки, резко уменьшенные в размерах, плотные, с мелкобугристой (зернистой) поверхностью.

1. Дайте определение гломерулонефрита.
2. Перечислите морфологические варианты хронического гломерулонефрита.
3. Укажите микроскопические изменения в почечных клубочках, канальцах, строме в финале хронического гломерулонефрита.

4. Как можно называть почки с такими морфологическими изменениями?

5. Какие морфологические изменения органов и тканей могут быть обнаружены у умершего в связи с уремией?

6. Назовите причины смерти больных хроническим гломерулонефритом.

4. У больного 42-х лет многие годы хронический гломерулонефрит. В последние годы болезнь протекает с повышением артериального давления. Внезапно развился высокий подъем артериального давления (гипертонический криз), нарушение мозгового кровообращения с параличом половины тела. Экстренно госпитализирован в стационар, проводится активная терапия.

1. Объясните в общих чертах патогенез гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом.

2. Какие изменения кровеносных сосудов (артерий, артериол) имеются у больных с длительно текущей гипертензией?

3. Какие изменения артериол развиваются во время внезапного высокого подъема артериального давления (гипертонического криза)?

4. Укажите наиболее вероятные морфологические изменения головного мозга у больного, описанного в задаче, развившиеся во время гипертонического криза.

5. Перечислите формы гломерулонефрита, выделяемые на основании доминирования клинической симптоматики.

6. Какая форма гломерулонефрита по этой классификации у больного, описанного в задаче?

5. Ребенок 2-х лет заболел внезапно. Начало болезни по времени совпало с профилактической прививкой. Появились выраженные отеки, высокая протеинурия, то есть проявления нефротического синдрома. Был поставлен диагноз липоидный нефроз (болезнь минимальных изменений). Начато активное лечение, включающее терапию кортикостероидными гормонами.

1. Что такое нефротический синдром, какой набор симптомов он включает?

2. Объясните патогенез высокой протеинурии и отеков при липоидном нефрозе.

3. Опишите морфологические изменения почечных клубочков, в том числе на уровне электронной микроскопии, при липоидном нефрозе.

4. Уточните изменения канальцев при нефротическом синдроме.

5. Каков исход и прогноз липоидного нефроза (можно ли добиться излечения)?

6. Что вы знаете об этиологии липоидного нефроза?

6. В специализированное отделение токсикологического центра госпитализирована женщина с тяжелым отравлением антифризом. Интенсивное лечение, в том числе с помощью гемодиализа, положительного эффекта не дало. Нарастали проявления острой почечной недостаточности. Смерть наступила на 5-й день болезни. При исследовании секционного материала поставлен диагноз некротический нефроз.

1. Перечислите стадии некротического нефроза.
2. В какую стадию умерла больная, госпитализированная в токсикологический центр?
3. Опишите макроскопическую картину почек, увиденных на вскрытии.
4. Опишите микроскопические изменения почек у умершей.
5. Объясните этиопатогенез некротических изменений в почках у больной с отравлением антифризом.
6. Назовите другие исходы некротического нефроза, кроме летального.
7. Уточните главное условие, при котором возможно полное восстановление эпителия канальцев.
8. Почему в исходе некротического нефроза может развиваться очаговый нефросклероз?

7. Мужчина с обширными ожогами экстренно в состоянии шока доставлен в ожоговое отделение ННИИТО. Несмотря на интенсивные лечебные мероприятия, пациент умер уже к концу первых суток. На вскрытии обращало внимание изменение почек, на основании макрокартины и микрокартины диагностирован некротический нефроз.

1. Какой клинический синдром возникает при некротическом нефрозе?
2. Перечислите стадии некротического нефроза.
3. В какую стадию умер больной с обширными ожогами?
4. Опишите макрокартину почек, увиденную на вскрытии.
5. Опишите микроскопические изменения почек, увиденные в секционном материале.
6. Объясните причастность шока к развитию этой патологии почек (подробно патогенез).
7. Укажите другие причины, помимо шока, вызывающие некротический нефроз.

8. Больной много лет страдал гнойно-деструктивным заболеванием легких с хроническими абсцессами, распространенными бронхоэктазами. В последнее время появилась почечная симптоматика (протеинурия, отеки). После дополнительного исследования поставлен диагноз амилоидоз почек.

1. Дайте определение амилоидоза.
2. Какой этиопатогенетический вариант амилоидоза развился у больного?
3. Перечислите гистологические (микроскопические) изменения в почках при амилоидозе. Укажите места отложения амилоида.
4. Как макроскопически должны выглядеть почки при выраженном амилоидозе?
5. Какие названия используются для обозначения макрокартины почек при амилоидозе?
6. Почему при амилоидозе неуклонно прогрессивно снижается функция почек?
7. Назовите возможные причины смерти при амилоидозе почек.

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Дайте один правильный ответ

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА**
 - 1) золотистый стафилококк
 - 2) пневмококк
 - 3) β -гемолитический стрептококк
 - 4) менингококк
 - 5) неизвестный фактор

2. **НАИБОЛЕЕ РАННИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧЕЧНОМ КЛУБОЧКЕ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ**
 - 1) экссудативные изменения сосудистого клубочка
 - 2) продуктивные изменения сосудистого клубочка
 - 3) продуктивные изменения капсулы клубочка
 - 4) склероз сосудистого клубочка
 - 5) гиалиноз сосудистого клубочка

3. **ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ НЕФРОЗЕ**
 - 1) восстановление нормального кровоснабжения
 - 2) рассасывание отечной жидкости
 - 3) исчезновение лейкоцитарных инфильтратов из интерстиция
 - 4) сохранение структуры базальной мембраны канальцев
 - 5) развитие очагового склероза

4. **ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ НЕФРОЗЕ СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ ОТ**
 - 1) инфекционных осложнений
 - 2) острой почечной недостаточности
 - 3) хронической почечной недостаточности
 - 4) хронической сердечной недостаточности
 - 5) кровоизлияния в головной мозг

Задание. Выберите несколько правильных ответов

5. **ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ В ПОЧЕЧНОМ КЛУБОЧКЕ ПРОЛИФЕРИРУЮТ**
 - 1) эндотелий капилляров
 - 2) клетки мезангия
 - 3) макрофаги
 - 4) нефротелий капсулы
 - 5) нейтрофильные лейкоциты

6. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- 1) мезангиальнопролиферативный
- 2) мезангиальнокапиллярный
- 3) фибропластический
- 4) экссудативный интракапиллярный
- 5) экссудативный экстракапиллярный

7. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- 1) кровоизлияния в головной мозг
- 2) хроническая почечная недостаточность
- 3) хроническая сердечная недостаточность
- 4) инфекционные осложнения
- 5) гепаторенальный синдром

8. СИНОНИМЫ «БОЛЕЗНИ МАЛЫХ ОТРОСТКОВ ПОДОЦИТОВ»

- 1) мембранозная гломерулопатия
- 2) липоидный нефроз
- 3) нефропатия с минимальными изменениями
- 4) фокальный гломерулярный склероз
- 5) печеночный гломерулосклероз

9. СТАДИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА

- 1) шоковая
- 2) олигоанурческая
- 3) протеинурическая
- 4) гематурическая
- 5) восстановление диуреза

10. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ В ШОКОВОЙ СТАДИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО НЕФРОЗА

- 1) разрастание соединительной ткани
- 2) дистрофия эпителия почечных канальцев
- 3) выраженный некроз эпителия канальцев
- 4) выраженные нарушения кровообращения
- 5) атрофия эпителия канальцев

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Дайте определение гломерулонефрита.

а) ...

12. Назовите наиболее частые этиологические факторы, вызывающие гломерулонефрит.

а) ... б) ... в) ...

13. Перечислите микроскопические изменения почечного клубочка, которые могут быть при гломерулонефрите.

а) ... б) ... в) ... г) ...

14. *Задача.* В токсикологический центр доставлен больной в связи с отравлением антифризом. Имеются признаки острой почечной недостаточности. Несмотря на лечение, в том числе, с помощью гемодиализа, на 4-ые сутки болезни наступила смерть. На патологоанатомическом вскрытии картина некротического нефроза.

1) В какую стадию некротического нефроза умер больной с отравлением антифризом?

а) ...

2) Опишите макрокартину почек в эту стадию.

а) ... б) ... в) ...

3) Опишите микрокартину почек в эту стадию.

а) ... б) ... в) ... г) ...

Эталон

1-3)	4-2)	7-1) 2) 3) 4)	10-2) 4)
2-1)	5-1) 2) 3) 4)	8-2) 3)	
3-4)	6-1) 2) 3)	9-1) 2) 5)	

11. а) заболевание с инфекционно-аллергической или неустановленной этиологией, в основе которого лежит двухстороннее негнойное воспаление клубочков почки.

12. а) инфекционные агенты, б) алкоголь, в) лекарственные препараты.

13. а) появление экссудата, б) пролиферация клеточных элементов (клеток мезангия, эндотелия, подоцитов, нефротелия капсулы), в) изменение базальной мембраны (отложение иммунных комплексов, накопление мембраноподобного вещества, деформация, деструкция), г) склероз, гиалиноз с гибелью клеток.

14. *Задача.* 1) а) больной умер в олигоанурическую стадию.

2) а) почка несколько увеличена в размерах, б) корковый слой резко бледно-серый, в) мозговой слой – полнокровие пирамид.

3) а) нарушение кровообращения (ишемия коры, полнокровие пирамид, кровоизлияния, отек), б) тяжелая дистрофия эпителия главных отделов канальцев, в) некроз эпителия канальцев, г) слабые лейкоцитарные инфильтраты в строме.

Занятие № 11

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по патологической анатомии заболеваний желез внутренней секреции.

Конкретные задачи самостоятельной работы.

1. Запомнить определения, термины, используемые при описании заболеваний щитовидной железы и сахарного диабета.

2. Усвоить этиологию, патогенез, морфогенез зобной болезни и сахарного диабета.

3. Запомнить классификации зобной болезни и сахарного диабета.

4. Изучить морфологические изменения при этих заболеваниях

5. Усвоить и понять осложнения, последствия и причины смерти при этих заболеваниях.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 581 – 584, 585 – 589. Обратитесь к материалам лекции, другим доступным источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Назовите основные заболевания щитовидной железы.	3	1.Зоб (струма). 2.Тиреоидиты. 3. Опухоли.
2	Что такое зоб (струма)?	1	Увеличение щитовидной железы, в основе которой лежит гиперплазия.
3	Укажите причины развития зоба и соответствующие им названия типа зоба.	3	1. Нехватка йода в окружающей среде, воде, пище – эндемический зоб. 2. Неизвестные эндогенные факторы, вызывающие дефицит тиреоидного гормона в организме – спорадический зоб. 3. Аутоиммунизация (появление тиреостимулирующих иммуноглобулинов) – тиреотоксический зоб.
4	Какие принципы учитываются при классификации зоба?	4	1.Эпидемиологические (эндемический, спорадический). 2. Этиологические факторы. 3. Функциональные и клинические особенности (эутиреоидный, гипер- и гипотиреоидный). 4. Морфологическое строение (анатомические, гистологические признаки).
5	Дайте морфологическую классификацию зоба: а) по внешним признакам (анатомическая, макроскопическая),	3 2	а) 1. Диффузный. 2. Узловой. 3. Смешанный. б) 1. Коллоидный (железистый). 2. Паренхиматозный.

	б) по микроскопическим (гистологическим) изменениям.		3. Смешанный
6	Укажите наиболее часто выделяемые нозологические формы зоба.	4	1. Эндемический. 2. Спорадический. 3. Тиреотоксический. 4. Врожденный.
7	Назовите основные микроскопические изменения в фолликулах и строме щитовидной железы, развивающиеся при зобе (струме).	5	1. Гиперплазия фолликулярного эпителия. 2. Качественно-количественные изменения коллоида. 3. Лимфоцитарная инфильтрация стромы. 4. Разрастание соединительной ткани в строме. 5. Атрофия фолликулярного эпителия.
8	Назовите основные микроскопические (гистологические) особенности коллоидного зоба.	2	1. Преобладают фолликулы (мелкие, крупные) с уплощенным эпителием. 2. В просвете фолликулов много розового, плотного коллоида.
9	Назовите основные микроскопические черты паренхиматозного зоба.	2	1. Пролиферация фолликулярного эпителия с формированием тубулярно-трабекулярных структур, мелких фолликулов. 2. В просвете фолликулов нет или мало коллоида.
10	Каковы морфологические параметры (макроскопические и микроскопические) эндемического зоба?	3	1. Узловой зоб. 2. Пролиферация фолликулярного эпителия с формированием мелких и крупных фолликулов 3. В просвете фолликулов много коллоида.
11	Каковы морфологические параметры (макроскопические и микроскопические) спорадического зоба?	2	1. Чаще узловой, реже диффузный. 2. Чаще коллоидный (макро- микрофолликулярный), реже паренхиматозный.
12	Каковы морфологические особенности врожденного зоба?	2	1. Чаще диффузный. 2. Чаще паренхиматозный.
13	Каковы морфологические параметры тиреотоксического зоба (базедовой болезни, бо-	2	1. Диффузный зоб. 2. Коллоидный (макро- микрофолликулярный) с микроскопическими

	лезни Грейвса)?		особенностями эпителия и коллоида.
14	Каковы микроскопические особенности тиреотоксического зоба (базедовой болезни, болезни Грейвса)?	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эпителий фолликулов высокий, призматический. 2. Пролиферация эпителия фолликулов с образованием сосочков и подушек. 3. Вакуолизация и разжижение коллоида. 4. Лимфоидная инфильтрация стромы с формированием лимфоидных фолликулов.
15	Какие изменения развиваются в сердце при тиреотоксическом зобе (базедовой болезни, болезни Грейвса)?	7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Жировая дистрофия кардиомиоцитов. 2. Очаговые некрозы кардиомиоцитов. 3. Внутриклеточный отек кардиомиоцитов. 4. гипертрофия кардиомиоцитов (особенно левого желудочка). 5. Лимфоидная инфильтрация стромы. 6. Отек стромы. 7. Диффузный склероз стромы при длительном течении.
16	Дайте определение тиреоидита	1	Заболевание щитовидной железы воспалительной природы.
17	Назовите основные этиологические факторы тиреоидитов	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекция. 2. Физические факторы (радиация, травмы). 3. Аутоиммунные. 4. Неизвестные.
18	Перечислите виды тиреоидитов, выделяемых по течению	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острые. 2. Подострые. 3. Хронические.
19	Какие морфологические перестройки в щитовидной железе происходят при аутоиммунных тиреоидитах?	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Деструкция и атрофия фолликулярного эпителия. 2. Разрастание соединительной ткани. 3. Интенсивная лимфоплазмочлечная инфильтрация с образованием лимфоидных фолликулов. 4. Очаговая гиперплазия в-клеток.

20	Дайте определение сахарного диабета.	1	Заболевание, обусловленное относительной или абсолютной недостаточностью инсулина.
21	Перечислите виды сахарного диабета, выделяемые по клинико-морфологическим параметрам.	4	1. Спонтанный. 2. Вторичный. 3. Диабет беременных. 4. Латентный (субклинический).
22	Что такое спонтанный сахарный диабет?	1	Сахарный диабет как самостоятельное заболевание.
23	Назовите типы спонтанного сахарного диабета.	3	1. Диабет I типа (ювенильный диабет). 2. Диабет II типа (диабет взрослых). 3. Другие типы спонтанного сахарного диабета.
24	Что такое вторичный сахарный диабет?	1	Сахарный диабет, развивающийся при различных заболеваниях поджелудочной железы, органов эндокринной системы, генетических синдромах, приеме лекарственных препаратов и др.
25	Назовите наиболее существенные этиологические и патогенетические факторы (факторы риска) при спонтанном сахарном диабете.	2	1. Генетические факторы. 2. Факторы внешней среды, нарушающие целостность и функционирование β -клеток (вирусы, аутоиммунные реакции, питание и др.).
26	Опишите внешний вид поджелудочной железы при выраженной клинике сахарного диабета.	2	1. Уменьшение размеров и веса железы. 2. Изменение рисунка железы на разрезе за счет липоматоза и склероза.
27	Опишите гистологические изменения поджелудочной железы при выраженном сахарном диабете.	4	1. Дегрануляция и гибель β -клеток. 2. Атрофия и гиалиноз островков Лангерганса. 3. Компенсаторная гипертрофия отдельных островков. 4. Склероз, липоматоз.
28	Какие изменения со стороны кровеносных сосудов развиваются при сахарном диабете?	2	1. Диабетическая микроангиопатия (поражение сосудов микроциркуляторного русла). 2. Диабетическая макроангиопатия (поражение крупных артерий).
29	Чем проявляется диабетическая атеросклероз артерий эластиче-	1	Атеросклерозом артерий эластиче-

	ская макроангиопатия?		ского и мышечно-эластического типа.
30	Чем проявляется диабетическая микроангиопатия?	3	1. Плазморрагией стенок капилляров. 2. Прролиферацией перителлия, эндотелия капилляров и артериол. 3. Склерозом, гиалинозом этих сосудов.
31	В каких органах и тканях наиболее выражена микроангиопатия?	5	1.Почках. 2.Сетчатке глаза. 3.Коже. 4.Нервной системе. 5.Скелетных мышцах и др.
32	Какие микроскопические изменения почечного клубочка наблюдаются при диабетической гломерулопатии?	4	1.Отложение в мезангии «балластных» веществ и иммунных комплексов. 2.Прролиферация мезангиальных клеток. 3.Утолщение базальной мембраны в связи с повышением образования мембраноподобного вещества. 4.Гиалиноз клубочка.
33	Что такое синдром Киммелъстила-Вильсона?	1	Синдром, характеризующийся протеинурией, отеками, артериальной гипертонией и возникающий в связи с диабетической гломерулопатией.
34	Какие типовые морфологические изменения могут наблюдаться при сахарном диабете в печени?	2	1.Исчезновение гликогена из гепатоцитов. 2.Жировая дистрофия печени.
35	Перечислите основные параметры сахарного диабета I типа.	5	1. Развивается у детей и взрослых до 30 лет. 2. Этиологический фактор – чаще вирусная инфекция. 3. Патогенез – развитие иммунного воспаления. 4. Морфологические изменения – иммунный инсулит с деструкцией β-клеток, уменьшением их количества, атрофией островков Лангерганса, склерозом. 5. Абсолютная недостаточность инсулина.

36	Перечислите основные параметры сахарного диабета II типа.	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развивается в среднем возрасте и у пожилых. 2. Этиология – генетически обусловленное заболевание. 3. Патогенез – снижение количества клеточных рецепторов ткани к инсулину (нарушение превращения проинсулина в инсулин, снижение функции β-клеток к инсулину и другие факторы). 4. Морфологические изменения – сначала нет изменений островков Лангерганса, со временем атрофия β-клеток, склероз. 5. Относительная недостаточность инсулина, со временем абсолютная недостаточность.
37	Назовите причины смерти больных сахарным диабетом.	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническая почечная недостаточность (чаще хроническая). 2. Диабетическая кома (редко). 3. Осложнения, связанные с макроангиопатией (инфаркт миокарда, гангрена нижней конечности, инсульт и т.д.). 4. Инфекционные осложнения (пневмония, сепсис, туберкулез).
38	В чем выражается патоморфоз сахарного диабета?	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. В росте заболеваемости. 2. В значительном продлении жизни больных. 2. В сокращении инфекционных осложнений. 3. В росте осложнений, связанных с макро- и микроангиопатиями.

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки

1. Классификация болезней внутренней секреции.
2. Этиология, патогенез, осложнения сахарного диабета, причины смерти.
3. Морфологическая характеристика сахарного диабета.
4. Этиология, патогенез, классификация, осложнения зоба, причины смерти.
5. Морфологическая характеристика зоба.

Домашнее задание. Перенесите таблицу в рабочую тетрадь и заполните ее.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМ ЗОБА

Форма зоба	Этиология	Морфологическое строение (макро – и микрокартина)	Нарушение функции
Эндемический			
Спорадический			
Тиреотоксический)			

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ

1. ЗОБ (СТРУМА) – ЭТО

- 1) увеличение щитовидной железы за счет гиперплазии
- 2) уплотнение щитовидной железы за счет склероза
- 3) снижение функции щитовидной железы
- 4) воспаление щитовидной железы
- 5) опухоль щитовидной железы

2. РАЗВИТИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СВЯЗАНО С

- 1) увеличением содержания йода в пище
- 2) дефицитом йода в пище
- 3) неизвестными причинами
- 4) аутоиммунными механизмами
- 5) воздействием вирусов

3. СПОНТАННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ЭТО

- 1) самостоятельное заболевание
- 2) осложнение заболевания
- 3) одно из проявлений заболевания
- 4) компонент какого-либо заболевания
- 5) непосредственная причина смерти

4. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ – ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) развитием атеросклероза
- 2) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типов
- 3) поражением сосудов микроциркуляторного русла
- 4) поражением коронарных артерий
- 5) поражением церебральных и прецеребральных артерий

5. ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- 1) гидропическая дистрофия гепатоцитов
- 2) жировая дистрофия гепатоцитов
- 3) выраженная микроангиопатия
- 4) очаговые некрозы гепатоцитов

- 5) массивный некроз гепатоцитов
6. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ГЛОМЕРУЛОПАТИЯ – ЭТО РАЗВИТИЕ В ПОЧКАХ
- 1) некротического некроза
 - 2) гломерулонефрита
 - 3) микроангиопатии
 - 4) макроангиопатии
 - 5) множественных инфарктов
7. РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ЗАВИСИТ ТОЛЬКО ОТ
- 1) тяжести сахарного диабета
 - 2) длительности заболевания
 - 3) уровня сахара в крови
 - 4) уровня холестерина в крови
 - 5) артериальной гипертензии
8. ПРОЯВЛЕНИЕ МАКРОАНГИОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
- 1) распространенные васкулиты
 - 2) склероз артериол
 - 3) гиалиноз артериол
 - 4) атеросклероз артерий крупных артерий
 - 5) эластофиброз внутриорганных артерий

Выберите несколько правильных ответов

9. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЗОБА (СТРУМЫ)
- 1) избыток йода в пище
 - 2) недостаточность йода в пище
 - 3) аутоиммунные механизмы
 - 4) инфекция
 - 5) интоксикация
10. ЗОБ (СТРУМА) ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ БЫВАЕТ
- 1) коллоидный
 - 2) эндемический
 - 3) паренхиматозный
 - 4) спорадический
 - 5) узловой
11. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВИДЫ ЗОБА (СТРУМЫ)
- 1) коллоидный
 - 2) эндемический
 - 3) паренхиматозный
 - 4) спорадический
 - 5) эутиреоидный
12. ПО ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБНОСТЯМ ЗОБ БЫВАЕТ
- 1) эутиреоидный

- 2) гипертиреоидный
 - 3) гипотиреоидный
 - 4) диффузный
 - 5) узловой
13. ДЛЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО
- 1) развитие в определенных географических условиях
 - 2) недостаток йода в пище
 - 3) гиперфункция щитовидной железой
 - 4) избыток йода в пище
 - 5) чаще нет проявления нарушения функции
14. ДЛЯ СПОРАДИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО
- 1) причина не выявляется
 - 2) коллоидный по микроскопическому строению
 - 3) чаще эутиреоидный
 - 4) является аутоиммунным заболеванием
 - 5) развивается тиреотоксическое сердце
15. ПРИ КОЛЛОИДНОМ ЗОБЕ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) гиперплазия фолликулярного эпителия
 - 2) формирование мелких тубулярно-трабекулярных структур
 - 3) формирование макро-микрофолликулярных структур с коллоидом
 - 4) выраженный склероз
 - 5) формирование гранулем
16. ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ЗОБЕ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) гиперплазия фолликулярного эпителия
 - 2) формирование мелких тубулярно-трабекулярных структур
 - 3) формирование макро-микрофолликулярных структур с коллоидом
 - 4) выраженный склероз
 - 5) формирование гранулем
17. ДЛЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА (БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ, БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА) ХАРАКТЕРНО
- 1) высокий эпителий фолликулов
 - 2) пролиферация эпителия фолликулов с образованием сосочков, подушек
 - 3) жидкий коллоид в просвете фолликулов
 - 4) преобладание фолликулов с уплощенным эпителием
 - 5) атрофия фолликулярного эпителия
18. ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ В СЕРДЦЕ РАЗВИВАЕТСЯ
- 1) дистрофия кардиомиоцитов
 - 2) некроз кардиомиоцитов
 - 3) развитие аневризмы сердца
 - 4) отек стромы

- 5) развитие инфаркта
19. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ
- 1) печеночная недостаточность
 - 2) сердечная недостаточность
 - 3) истощение
 - 4) почечная недостаточность
 - 5) общая тяжелая интоксикация
20. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ-ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ
- 1) нарушением липидного обмена
 - 2) относительной недостаточностью инсулина
 - 3) абсолютной недостаточностью инсулина
 - 4) гипогликемией
 - 5) гипоксией органов и тканей
21. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ БЫВАЕТ
- 1) первичным
 - 2) вторичным
 - 3) инсулинзависимым
 - 4) инсулиннезависимым
 - 5) токсическим
22. ВТОРИЧНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ - ЭТО
- 1) самостоятельное заболевание
 - 2) осложнение заболевания
 - 3) одно из проявлений заболевания
 - 4) компонент какого-либо заболевания
 - 5) непосредственная причина смерти
23. К ПЕРВИЧНОМУ САХАРНОМУ ДИАБЕТУ ОТНОСИТСЯ
- 1) сахарный диабет I типа
 - 2) сахарный диабет II типа
 - 3) сахарный диабет взрослых
 - 4) ювенильный сахарный диабет
 - 5) «бронзовый сахарный диабет»
24. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ I ТИПА
- 1) развивается у пожилых
 - 2) развивается до 30 лет
 - 3) имеется абсолютная недостаточность инсулина
 - 4) имеется относительная недостаточность инсулина
 - 5) наиболее частая форма сахарного диабета
25. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ II ТИПА
- 1) развивается у пожилых
 - 2) развивается до 30 лет
 - 3) имеется абсолютная недостаточность инсулина

- 4) имеется относительная недостаточность инсулина
 - 5) наиболее частая форма сахарного диабета
26. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ФИНАЛЕ БОЛЕЗНИ
- 1) увеличена в размерах
 - 2) уменьшена в размерах
 - 3) имеется фиброз
 - 4) имеется липоматоз
 - 5) имеются очаги некроза с лейкоцитами
27. В ФИНАЛЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ОСТРОВКАХ ЛАНГЕРГАНСА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ
- 1) атрофия
 - 2) склероз
 - 3) воспаление
 - 4) некроз
 - 5) дегрануляция β -клеток
28. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) склероз артерий эластического типа
 - 2) липоидоз артерий эластического типа
 - 3) склероз стенок капилляров и артериол
 - 4) гиалиноз стенок капилляров и артериол
 - 5) атеросклероз аорты и ее ветвей
29. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ БОЛЬШЕ ВЫРАЖЕНА В
- 1) почках
 - 2) головном мозге
 - 3) сетчатке глаза
 - 4) миокарде
 - 5) печени
30. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ
- 1) отложение «балластных» веществ в почечном клубочке
 - 2) пролиферация мезангиальных клеток
 - 3) появление сегментоядерных лейкоцитов
 - 4) гиалиноз почечных клубочков
 - 5) гиалиноз стенок артериол
31. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СИНДРОМ КИММЕЛСТИЛ-ВИЛСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) гематурией
 - 2) протеинурией
 - 3) отеками
 - 4) артериальной гипертензией
 - 5) гипотонией

32. ПРОВЛЕНИЯ МАКРОАНГИОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
- 1) атеросклероз аорты
 - 2) атеросклероз коронарных артерий
 - 3) атеросклероз артерий головного мозга
 - 4) гиалиноз артерий головного мозга
 - 5) гиалиноз почечных клубочков
33. ПОСЛЕДСТВИЯ МАКРОАНГИОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
- 1) гангрена нижних конечностей
 - 2) диабетический гломерулосклероз
 - 3) инфаркт миокарда
 - 4) стеатоз печени
 - 5) гиалиноз кровеносных сосудов сетчатки глаза
34. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
- 1) хроническая почечная недостаточность
 - 2) инфаркт миокарда
 - 3) инфаркт головного мозга
 - 4) гангрена нижних конечностей
 - 5) диабетическая кома
35. ПАТОМОРФОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВЫРАЖАЕТСЯ В
- 1) уменьшении числа больных
 - 2) увеличении числа больных
 - 3) продлении жизни больных
 - 4) увеличении количества умерших от диабетической комы
 - 5) увеличении числа умерших от инфекционных осложнений
36. ПАТОМОРФОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВЫРАЖАЕТСЯ В
- 1) увеличении числа умерших от инфекционных осложнений
 - 2) увеличении числа больных сахарным диабетом
 - 3) уменьшении числа больных сахарным диабетом
 - 4) увеличении причин смерти, связанных с макроангиопатией
 - 5) увеличении причин смерти, связанной с микроангиопатией

Правильные ответы

1-1)	11-2) 3)	21-1) 2) 3) 4)	31-2) 3) 4)
2-2)	12-1) 2) 3)	22-2) 3) 4)	32-1) 2) 3)
3-1)	13-1) 2) 5)	23-1) 2) 3) 4)	33-1) 3)
4-3)	14-1) 2) 3)	24-2) 3)	34-1) 2) 3) 4)
5-2)	15-1) 3)	25-1) 4) 5)	35-2) 3)
6-3)	16-1) 2)	26-2) 3) 4)	36-2) 4) 5)
7-2)	17-1) 2) 3)	27-1) 2)	
8-4)	18-1) 2) 4)	28-3) 4)	
9-2) 3)	19-2) 3)	29-1) 2) 3)	
10-2) 4)	20-2) 3)	30-1) 2) 4) 5)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. У женщины, постоянно проживающей в городе Дзержинске, без видимых причин постепенно развилось увеличение щитовидной железы узлового характера. Других жалоб больная не предъявляет. После обследования признаков нарушения функции щитовидной железы не выявлено. Был поставлен диагноз зоб. Начато адекватное лечение.

1. Что такое зоб (дайте определение)?

2. Укажите причину развития зоба у больной, проживающей в городе Дзержинске.

3. Уточните вид зоба, развивающегося по этой причине.

4. Какой вид зоба у больной: а) по макроскопическим (анатомическим) признакам, б) по функциональным особенностям?

5. Как вы понимаете гистологические заключения: «коллоидный зоб» и «паренхиматозный зоб»?

6. Назовите возможные осложнения при зобе больших размеров.

7. Часто ли встречается зобная болезнь в нашем регионе и почему?

2. У больной, проживающей в эндемической по содержанию йода местности, имеется увеличение щитовидной железы. При обращении к врачам жалуется на вялость, заторможенность, сонливость, зябкость. При обследовании выявлено резкое снижение функции щитовидной железы, гипотония, брадикардия. Внешние изменения больной соответствовали микседеме.

1. Какой зоб у больной, учитывая этиологию?

2. Какой зоб у больной, учитывая нарушение функции?

3. Назовите морфологические (микроскопические) изменения щитовидной железы, которые развиваются при таком зобе.

4. Что такое микседема?

5. Назовите внешние проявления микседемы.

3. У молодой женщины без видимых причин возникло диффузное увеличение щитовидной железы (зоб). Кроме этого у нее повышенная раздражительность, потливость, похудание, тахикардия и некоторые другие симптомы гипертиреоза. Больная госпитализирована в эндокринологическое отделение, где поставлен диагноз, диффузный тиреотоксический зоб, назначено лечение.

1. Назовите гистологические (микроскопические) особенности тиреотоксического зоба.

2. Что вы можете сказать об этиологии и патогенезе такого зоба?

3. Укажите морфологические изменения в сердце при этой болезни.

4. Как называется такое сердце?

5. Перечислите причины смерти при таком зобе.

4. Больной 36-ти лет длительно, с детства, страдал сахарным диабетом I типа (ювенильным диабетом). В финале болезни появились признаки нарушения

функции почек, которые клиницисты связывали с развитием диабетической гломерулопатии, имел место синдром Киммельстила-Уилсона. Смерть наступила от хронической почечной недостаточности.

1. Дайте определение сахарного диабета.

2. Опишите макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на вскрытии.

3. Опишите микроскопическую картину поджелудочной железы в секционном материале.

4. Что такое диабетическая микроангиопатия, в каких органах и тканях она больше выражена?

5. Назовите морфологические изменения, характерные для диабетической гломерулопатии. Почему смерть больного наступила от хронической почечной недостаточности?

6. Что такое синдром Киммельстила-Уилсона?

7. Как вы понимаете этиологию и патогенез сахарного диабета I типа?

5. У мужчины 63-х лет сахарный диабет II типа (диабет взрослых). Длительное время принимал различные препараты, снижающие уровень сахара крови, затем был переведен на лечение инсулином. Имеет ампутационную культю левой нижней конечности. В настоящее время поступил в хирургическое отделение в связи с гангреной пальцев правой стопы.

1. Что такое диабетическая макроангиопатия?

2. Опишите макроскопические изменения тканей при гангрене.

3. Объясните, почему у больного развилась гангрена нижних конечностей?

4. Какие еще крупные артерии могут поражаться при сахарном диабете?

5. Назовите наиболее частые осложнения, связанные с макроангиопатией.

6. Какое отношение они имеют к причинам смерти больных, страдающих сахарным диабетом?

7. Как вы понимаете этиопатогенез сахарного диабета II типа?

8. В чем выражается патоморфоз сахарного диабета?

6. Больная 53 лет обратилась к врачам с жалобами на мучительные, повторяющиеся гнойного характера поражения кожи (фурункулез, пиодермия). Имеет избыточный вес тела, жалуется на постоянное ощущение дискомфорта в правом подреберье, а также клинические проявления ишемической болезни сердца (ИБС). Уровень сахара крови повышен. Поставлен диагноз сахарный диабет II типа.

1. Уточните этиопатогенез сахарного диабета II типа.

2. Как вы думаете, какие патологические изменения у больной в печени (обратите внимание на жалобы)?

3. Можно ли связать развитие ишемической болезни сердца с сахарным диабетом?

4. Можно ли развитие ишемической болезни сердца объяснить диабетической макроангиопатией?

5. Что такое диабетическая макроангиопатия? Почему ее развитие грозит

больной с сахарным диабетом?

6. Назовите кровеносные сосуды наиболее поражаемые при диабетической макроангиопатии.

7. Перечислите наиболее частые причины смерти при сахарном диабете, связанные с макроангиопатией.

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Выберите один правильный ответ

1. ЗОБ (СТРУМА) – ЭТО
 - 1) увеличение щитовидной железы за счет гиперплазии
 - 2) уплотнение щитовидной железы за счет склероза
 - 3) снижение функции щитовидной железы
 - 4) воспаление щитовидной железы
 - 5) опухоль щитовидной железы

2. РАЗВИТИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СВЯЗАНО С
 - 1) увеличением содержания йода в пище
 - 2) дефицитом йода в пище
 - 3) неизвестными причинами
 - 4) аутоиммунными механизмами
 - 5) воздействием вирусов

3. ПЕРВИЧНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ЭТО
 - 1) самостоятельное заболевание
 - 2) осложнение заболевания
 - 3) одно из проявлений заболевания
 - 4) компонент какого-либо заболевания
 - 5) непосредственная причина смерти

Задание. Выберите несколько правильных ответов

4. ЗОБ (СТРУМА) ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ БЫВАЕТ
 - 1) коллоидный
 - 2) эндемический
 - 3) паренхиматозный
 - 4) спорадический
 - 5) узловый

5. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВИДЫ ЗОБА (СТРУМЫ)
 - 1) коллоидный
 - 2) эндемический
 - 3) паренхиматозный

- 4) спорадический
 - 5) эутиреоидный
6. ПРИ КОЛЛОИДНОМ ЗОБЕ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) гиперплазия фолликулярного эпителия
 - 2) формирование мелких тубулярно-трабекулярных структур
 - 3) формирование макро-микрофолликулярных структур с коллоидом
 - 4) выраженный склероз
 - 5) формирование гранулем
7. ДЛЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА (БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ, БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА) ХАРАКТЕРНО
- 1) высокий эпителий фолликулов
 - 2) пролиферация эпителия фолликулов с образованием сосочков, подушек
 - 3) жидкий коллоид в просвете фолликулов
 - 4) преобладание фолликулов с уплощенным эпителием
 - 5) атрофия фолликулярного эпителия
8. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ
- 1) печеночная недостаточность
 - 2) сердечная недостаточность
 - 3) истощение
 - 4) почечная недостаточность
 - 5) общая тяжелая интоксикация
9. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ БОЛЬШЕ ВЫРАЖЕНА В
- 1) почках
 - 2) головном мозге
 - 3) сетчатке глаза
 - 4) миокарде
 - 5) печени
10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
- 1) хроническая почечная недостаточность
 - 2) инфаркт миокарда
 - 3) инфаркт головного мозга
 - 4) гангрена нижних конечностей
 - 5) диабетическая кома

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Какие принципы учитываются при классификации зоба?

а) ... б) ... в) ... г) ...

12. Назовите гистологические (микроскопические) изменения в фолликулах и строме щитовидной железы при зобе.

а) ... б) ... в) ... г) ...

13.. *Задача.* На вскрытии труп мужчины 37 лет, страдавшего многие годы сахарным диабетом I типа, умершего при наличии развернутой картины микроан-

гиопатии с выраженными изменениями сетчатки глаз и нарушениями функции почек. Смерть наступила от хронической почечной недостаточности.

1) Как вы понимаете этиопатогенез сахарного диабета I типа?

а) . . .

2) Опишите макрокартину поджелудочной железы в финале сахарного диабета I типа.

а) . . . б) . . .

3) Как морфологически проявляется диабетическая микроангиопатия?

а) . . . б) . . . в) . . .

4) Объясните, почему смерть больного сахарным диабетом наступила от хронической почечной недостаточности?

а) . . .

Эталон

1-1)

4-2) 4)

7-1) 2) 3)

10-1) 2) 3) 4)

2-2)

5-1) 3)

8-2) 3)

3-1)

6-1) 3)

9-1) 2) 3)

11. а) эпидемиологические, б) этиологические факторы, в) функциональные и клинические, г) морфологические параметры.

12. а) гиперплазия фолликулярного эпителия, б) качественные и количественные изменения коллоида фолликулов, в) лимфоцитарная инфильтрация стромы, г) разрастание соединительной ткани.

13. *Задача.* 1) а) сахарный диабет I типа развивается при вирусном или аутоиммунном повреждении β -клеток островков Лангерганса.

2) а) уменьшение размеров и веса поджелудочной железы, б) изменение рисунка поджелудочной железы на разрезе из-за липоматоза и склероза.

3) а) плазматическое пропитывание стенок капилляров, б) пролиферация клеточных элементов стенок капилляров и артериол (эндотелия, перителия), в) склероз и гиалиноз стенок капилляров и артериол.

4) а) при микроангиопатии развивается диабетическая гломерулопатия с прогрессирующим гиалинозом почечных клубочков.

Занятие № 12

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по разделу общие представления об инфекционном процессе и инфекционной болезни. Получить теоретические знания по патологической анатомии кишечных инфекций.

Конкретные задачи самостоятельной работы.

1. Запомнить определения и термины, используемые при описании инфекционного процесса и инфекционной болезни.
2. Запомнить определения и термины, используемые при описании брюшного тифа, сальмонеллезе, дизентерии, холеры, иерсиниоза.
3. Усвоить этиологию и патогенез этих кишечных инфекций
4. Изучить морфологические изменения при этих кишечных инфекциях.
5. Усвоить и понять осложнения, последствия, причины смерти при кишечных инфекциях.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 619 – 622. Обратитесь к материалам лекции, другим доступным источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Дайте определение инфекционного процесса.	1	Сложный процесс взаимодействия макроорганизма и возбудителя, возникший в процессе эволюции и реализующийся в определенных условиях.
2	Назовите основные формы инфекционного процесса.	2	1. Инфекционная болезнь. 2. Носительство инфекции (вирусо-, бактерио-, паразитоносительство).
3	Какие заболевания относятся к инфекционным?	1	Заболевания, вызываемые инфекционными агентами и характеризующиеся рядом общих признаков.
4	Что такое носительство инфекции?	1	Инфекционный процесс, протекающий бессимптомно на субклиническом уровне.
5	Перечислите основные клинико-морфологические параметры, характеризующие инфекционную болезнь.	8	1. Определенный возбудитель. 2. Источник инфекции (источник заражения). 3. Механизмы и пути передачи возбудителя от источника инфекции к организму. 4. Входные ворота инфекции. 5. Формирование первичного аффекта (очага) в организме. 6. Пути распространения инфекции в организме из первичного очага (гематогенно, лимфогенно, интраканала-

			ликулярно, контактно). 7. Местные морфологические изменения. 8. Общие морфологические изменения.
6	Кто может быть источником инфекции (заражения)?	2	1. Зараженный человек (больной или носитель). 2. Зараженное животное (больное или носитель).
7	Перечислите внешние факторы передачи инфекции.	6	1. Воздух. 2. Пища. 3. Вода. 4. Почва. 5. Предметы быта, медицинские инструменты, одежда, обувь и др. 6. Живые переносчики (насекомые, клещи и др.).
8	Назовите механизмы передачи инфекции.	5	1. Капельный (аэрозольный, аэрогенный) – с путями: воздушно-капельным, воздушно-пылевым. 2. Фекально-оральный – с путями пищевым (алиментарным), водным, энтеральным. 3. С помощью факторов внешней среды (через кожу, посуду, игрушки, предметы обихода, половой при непосредственном контакте с кровью, половым путем). 4. Трансмиссивный (через животных переносчиков). 5. Вертикальный (внутриутробный, трансплацентарный).
9	Назовите четыре системы органов, куда первично может попадать инфекция.	4	1. Пищеварительный тракт. 2. Органы дыхания (в том числе и верхние дыхательные пути). 3. Кровеносная система. 4. Наружные покровы (кожа, ее придатки, наружные слизисты оболочки.)
10	Какие периоды в течение инфекционной болезни принято выделять?	4	1. Инкубационный период. 2. Продромальный период. 3. Период основных проявлений. 4. Период реконвалесценции (выздоровления).

11	Что такое инкубационный период?	1	Период от момента внедрения возбудителя в организм до появления первых признаков болезни.
12	Что такое осложнение болезни?	1	Патологические процессы, являющиеся неблагоприятным отклонением от типичного течения болезни, которые не возникают самостоятельно, а этиопатогенетически связаны с основным заболеванием.
13	Дайте определение причины смерти (непосредственной причины смерти).	1	Патологические изменения, которые привели к развитию необратимых функциональных нарушений, обусловивших наступление смерти.
14	Дайте определение брюшного тифа.	1	Острое инфекционное кишечное заболевание, вызываемое брюшнотифозной палочкой, типичный антропоноз.
15	Назовите возбудителя брюшного тифа.	1	Брюшнотифозная палочка (<i>salmonella typhi</i>).
16	Кто является источником заражения?	2	1. Больной человек. 2. Бактерионоситель.
17	Путь заражения.	1	Энтеральный (пищевой).
18	Перечислите основные патогенетические моменты в развитии брюшного тифа.	6	1. Попадание бактерий в нижний отдел тонкого кишечника и размножение их с развитием воспаления. 2. Поступление бактерий лимфогенным путем в лимфатический аппарат тонкого и толстого кишечника с развитием воспаления. 3. Гематогенная генерализация инфекции. 4. Элиминация возбудителя с мочой, калом, желчью. 5. Усиленное размножение инфекта в желчных путях. 6. Попадание бактерий с желчью в кишечник и развитие здесь гиперергической реакции с формированием некрозов.
19	Назовите локализацию местных воспалительных изменений при брюшном	2	1. Слизистая оболочка тонкого и толстого кишечника (катаральное воспаление).

	тифе.		2. Лимфатический аппарат тонкого и толстого кишечника – пейеровые бляшки, солитарные фолликулы, регионарные лимфоузлы (гранулематозное воспаление с исходом в некроз).
20	Какие стадии принято выделять при брюшном тифе?	5	1. Стадия мозговидного набухания. 2. Стадия некроза. 3. Стадия образования язв. 4. Стадия чистых язв. 5. Стадия заживления.
21	Какой морфологический вид воспаления развивается в лимфоидном аппарате кишечника при брюшном тифе?	1	Продуктивное гранулематозное воспаление (формирование макрофагальных гранулем).
22	Перечислите общие изменения при брюшном тифе.	4	1. Сыпь. 2. Образование брюшнотифозных гранулем в разных органах. 3. Гиперпластические процессы в лимфатической системе. 4. Дистрофические изменения в паренхиматозных органах.
23	Назовите кишечные осложнения при брюшном тифе.	2	1. Внутрикишечное кровотечение. 2. Прободение язв с развитием перитонита.
24	Назовите внекишечные осложнения брюшного тифа.	6	1. Пневмония. 2. Гнойный перихондрит гортани. 3. Восковидные некрозы прямых мышц живота. 4. Остеомиелит. 5. Внутримышечные абсцессы. 6. Сепсис.
25	Укажите наиболее частые причины смерти при брюшном тифе.	4	1. Внутрикишечное кровотечение. 2. Перитонит. 3. Пневмония. 4. Сепсис.
26	Дайте определение сальмонеллеза.	1	Инфекционное кишечное заболевание, вызываемое сальмонеллами, относящееся к антропозоонозам.
27	Назовите возбудителей сальмонеллеза.	1	Различные виды сальмонелл (чаще <i>Salmonella typhimurium</i> , <i>Salmonella enteritidis</i> , <i>Salmonella cholerae suls</i> и др.).

28	Кто является источником заражения при сальмонеллезе?	3	1. Больные животные (через инфицированное мясо, яйца). 2. Больной человек. 3. Бациллоноситель.
29	Назовите путь заражения.	1	Пищевой (энтеральный).
30	Назовите основные звенья патогенеза сальмонеллеза.	4	1. Попадание возбудителя в тонкий кишечник, размножение его с развитием воспаления. 2. Всасывание эндотоксина с пирогенным, цитотоксическим, вазопаралитическим действием. 3. Возможно лимфогенное распространение инфекта. 4. Возможно гематогенное распространение инфекта.
31	Перечислите клинико-морфологические формы сальмонеллезозов.	3	1. Интестинальная (токсическая) форма. 2. Брюшнотифозная форма. 3. Септическая форма.
32	Какие местные морфологические изменения характерны для интестинальной формы?	1	Экссудативное воспаление (катаральное, катарально-некротическое) в тонком кишечнике и желудке.
33	Какие изменения общего характера развиваются при интестинальной форме?	2	1. Общее обезвоживание. 2. Дистрофические изменения паренхиматозных органов.
34	Перечислите местные изменения, характерные для брюшнотифозной формы сальмонеллеза.	1	Развитие морфологических изменений, сходных с наблюдающимися при брюшном тифе, но слабо выраженных.
35	Назовите изменения, характерные для септической формы сальмонеллеза.	2	1. Слабо выраженное воспаление в тонком кишечнике. 2. Гематогенная генерализация возбудителя с развитием очагов гнойного воспаления в разных органах.
36	Укажите наиболее частые осложнения сальмонеллеза.	3	Токсико-инфекционный шок. Гнойные осложнения. Дисбактериоз.
37	Дайте определение кишечных иерсиниозов.	1	Острые инфекционные заболевания, характеризующиеся поражением желудка, кишечника с склонностью к генерализации и поражением различных органов.

38	Какие заболевания относятся к группе кишечных иерсиниозов?	2	1. Собственно иерсиниоз. 2. Псевдотуберкулез.
39	Назовите возбудителей кишечных иерсиниозов: а) иерсиниоза, б) псевдотуберкулеза.	2	а) <i>Iersinia enterocolitica</i> . б) <i>Iersinia pseudotuberculosis</i> .
40	Кто является источником заражения?	3	1. Больные животные (грызуны, домашние животные, птицы и др.). 2. Больной человек (редко). 3. Бактерионоситель (редко).
41	Каков путь заражения?	1	Обычно алиментарный.
42	Назовите основные звенья патогенеза иерсиниозов.	3	1. Внедрение возбудителя в стенку кишки с развитием энтерита. 2. Распространение возбудителя лимфогенным путем в регионарные лимфоузлы с развитием лимфаденита. 3. Поступление возбудителя в кровь с развитием поражения внутренних органов и интоксикации.
43	Перечислите клинимоρφологические формы иерсиниоза.	5	1. Абдоминальная (частая). 2. Скарлатиноподобная. 3. Артралгическая. 4. Септическая. 5. Другие редкие формы (ангинозная, с поражением мозговых оболочек и др.).
44	Какие отделы желудочно-кишечного тракта поражаются при абдоминальной форме иерсиниоза?	5	1. Желудок. 2. Тонкий кишечник (подвздошная кишка). 3. Толстый кишечник (слепая кишка). 4. Аппендикс. 5. Мезентериальные лимфоузлы.
45	Какие формы абдоминального иерсиниоза принято выделять?	4	1. Гастроэнтероколит. 2. Терминальный илеит. 3. Аппендикопатия. 4. Мезаденит.
46	Назовите основные морфологические изменения в стенке кишки при иерсиниозах.	3	1. Экссудативное воспаление (катаральное, катарально-некротическое). 2. Формирование язв. 3. Наличие характерных гранулем.

47	Укажите основные морфологические изменения в лимфоузлах при иерсиниозах.	3	1. Воспалительные инфильтраты полиморфноядерными лейкоцитами. 2. Формирование гранулем. 3. Гнойное расплавление гранулем.
48	Дайте морфологическое описание гранулемы при иерсиниозах: а) клеточный состав, б) исход.	3 1	а) 1. Макрофаги. 2. Эпителиоидные клетки. 3. Гигантские многоядерные клетки Пирогова-Лангханса. б) Исход в гнойное расплавление.
49	Назовите общие изменения при иерсиниозе.	4	1. Развитие васкулитов. 2. Развитие артритов. 3. Дистрофические изменения печени (иногда гепатит). 4. Гиперплазия селезенки.
50	Что такое септическая форма иерсиниоза?	1	Форма иерсиниоза, при которой развивается гематогенная генерализация инфекции с появлением в различных органах очагов воспаления (гранулем с нагноением).
51	Перечислите наиболее частые осложнения при иерсиниозе.	3	1. Перфорация язв с развитием перитонита. 2. Пневмония. 3. Миокардит и другие инфекционно-аллергические осложнения.
52	Каковы причины смерти при иерсиниозе?	2	1. Септическая форма (смертельный исход в 50% случаев). 2. Кишечные осложнения (редко).
53	Дайте определение дизентерии (шигеллеза).	1	Кишечное инфекционное заболевание с преимущественным поражением толстой кишки и явлениями интоксикации.
54	Назовите возбудителя дизентерии.	1	Группа шигелл (несколько видов).
55	Путь заражения.	1	Энтеральный.
56	Назовите источник заражения при дизентерии.	2	1. Больной человек. 2. Бациллоноситель.
57	Перечислите основные патогенетические звенья дизентерии.	6	1. Проникновение шигелл в эпителий кишечника с его повреждением (дистрофия, некроз, десквамация). 2. Расстройства кровообращения (результат вазопаралитического действия токсина). 3. Дистрофия нервных клеток ган-

			<p>глиев кишки (результат нейропаралитического действия токсина).</p> <p>4. Токсическое повреждение клеток АПУД-системы с усиленным выбросом гистамина, серотонина.</p> <p>5. Развитие воспаления кишечника.</p> <p>6. Общетоксическое действие.</p>
58	Поражение, каких отделов кишечника наиболее типично для дизентерии?	2	<p>1. Прямая кишка.</p> <p>2. Сигмовидная кишка.</p>
59	Перечислите классические стадии дизентерии.	4	<p>1. Катаральный колит.</p> <p>2. Фибринозный колит.</p> <p>3. Язвенный колит.</p> <p>4. Заживление язв.</p>
60	Назовите морфологические типы колитов, которые могут встречаться при дизентерии помимо классической схемы.	5	<p>1. Катаральный колит.</p> <p>2. Фолликулярный и фолликулярно-язвенный колит.</p> <p>3. Гангренозный колит.</p> <p>4. Хронический язвенный колит.</p> <p>5. Хронический атрофический колит.</p>
61	Какие общие изменения могут развиваться при дизентерии?	4	<p>1. Умеренная гиперплазия селезенки.</p> <p>2. Жировая дистрофия печени, миокарда.</p> <p>3. Некротический нефроз.</p> <p>4. Известковые метастазы.</p>
62	<p>Назовите основные осложнения острой дизентерии:</p> <p>а) кишечные;</p> <p>б) внекишечные.</p>	<p>3</p> <p>4</p>	<p>а) 1. Перфорация с развитием перитонита, парапроктита, флегмоны кишки.</p> <p>2. Внутрикишечное кровотечение.</p> <p>3. Рубцовые стенозы кишки.</p> <p>б) 1. Бронхопневмония.</p> <p>2. Пиелит и пиелонефрит.</p> <p>3. Серозные артриты.</p> <p>4. Пилефлебические абсцессы печени.</p>
63	Укажите основные осложнения хронической дизентерии.	2	<p>1. Амилоидоз.</p> <p>2. Истощение.</p>
64	Перечислите отличительные особенности дизентерии у детей.	5	<p>1. Несоответствие тяжелой клинической картины и невыраженных морфологических изменений в кишечнике.</p>

			<p>2. Большая частота поражения тонкого кишечника.</p> <p>3. Доминирование катаральной дизентерии.</p> <p>4. Большая частота фолликулярного и фолликулярно-язвенного колита.</p> <p>5. В части случаев длительное затянувшееся выздоровление и плохая регенерация.</p>
65	Назовите основные черты патоморфоза дизентерии.	3	<p>1. Преобладание легких, стертых форм.</p> <p>2. Доминирование катарального колита.</p> <p>3. Наличие длительного бациллоносительства.</p>
66	Дайте определение холеры.	1	Острейшее инфекционное заболевание с преимущественным поражением желудка и тонкого кишечника.
67	Назовите возбудителя холеры.	2	<p>1. Вибрион азиатской холеры (вибрион Коха).</p> <p>2. Вибрион Эль-Тор.</p>
68	Кто является источником заражения?	2	<p>1. Больной человек.</p> <p>2. Вибриононоситель.</p>
69	Назовите путь заражения.	1	Энтеральный (чаще водный).
70	Назовите основные патогенетические звенья при холере.	5	<p>1. Проникновение вибриона в тонкий кишечник и размножение его с выделением экзотоксина (холерогена).</p> <p>2. Секреция большого количества изотонической жидкости эпителием кишечника под воздействием холерогена.</p> <p>3. Нарушение обратного всасывания жидкости в связи с блокадой холерогеном ферментативных систем натрий-калиевого насоса.</p> <p>4. Повышение тканевой и сосудистой проницаемости в результате повреждения клеточных и сосудистых мембран.</p> <p>5. В итоге профузная диарея и обезвоживание.</p>
71	Какие стадии (периоды) вы-	3	1. Холерный энтерит.

	деляют в развитии холеры?		2. Холерный гастроэнтерит. 3. Алгидный период.
72	Какой морфологический тип воспаления характерен для холерного энтерита и гастроэнтерита?	1	Серозное (серозно-геморрагическое) воспаление.
73	Перечислите морфологические изменения стенки тонкого кишечника в алгидную стадию.	4	1. Резкое полнокровие (могут быть кровоизлияния). 2. Выраженный отек. 3. Некроз и слущивание (десквамация) эпителия ворсинок. 4. Инфильтрация слизистой оболочки лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами.
74	Перечислите общие изменения при холере.	3	1. Эксикоз. 2. Дистрофические изменения и некроз паренхиматозных органов (миокард, почки, печень и др.). 3. Признаки угнетения иммунной системы (атрофия фолликулов селезенки, лимфоузлов).
75	Какие изменения со стороны почек могут развиваться при холере?	2	1. Некротический нефроз. 2. Гломерулонефрит (реже).
76	Назовите специфические осложнения при холере.	2	1. Холерный тифоид. 2. Постхолерная уремия.
77	Укажите неспецифические осложнения при холере.	4	1. Пневмония. 2. Абсцессы, флегмоны. 3. Рожь. 4. Сепсис.
78	Каковы наиболее частые причины смерти при холере?	4	1. Обезвоживание. 2. Уремия. 3. Интоксикация. 4. Неспецифические осложнения.
79	Перечислите основные черты патоморфоза холеры.	4	1. Превалирование легких форм. 2. Уменьшение смертности. 3. Редкость обезвоживания. 4. Исчезновение холерного тифоида.

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки.

1. Определение дизентерии, брюшного тифа, холеры, иерсиниоза, сальмонеллёзов, этиология, основные патогенетические моменты.

2. Клинико-морфологические формы перечисленных кишечных инфекций, в том числе и атипические.

3. Стадии течения конкретных кишечных инфекции. Макро- и микроскопическая характеристика местных изменений.

4. Характеристика общих изменений в организме при дизентерии, брюшном тифе, холере, иерсиниозе, сальмонеллёзах.

5. Дифференциальная диагностика кишечных инфекций по их ведущим клиническим и морфологическим проявлениям.

6. Осложнения и причины смерти при важнейших кишечных инфекциях, прогноз.

Домашнее задание. Перенесите таблицу в рабочую тетрадь и заполните ее.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Параметры	Дизентерия	Холера
Этиология		
Клинико-морфологические формы		
Стадии		
Осложнения (кишечные)		
Осложнения (внекишечные)		

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ В

- 1) желудке
- 2) прямой кишке
- 3) подвздошной кишке
- 4) сигмовидной кишке
- 5) толстом кишечнике

2. В ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШКАХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) серозное
- 2) гнойное
- 3) катаральное
- 4) продуктивное
- 5) альтеративное

3. В ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШКАХ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ РАЗВИВАЮТСЯ ГРАНУЛЕМЫ
 - 1) эпителиоидноклеточные
 - 2) гигантоклеточные
 - 3) макрофагальные
 - 4) похожие на туберкулезные
 - 5) с творожистым некрозом
4. ИСХОД ГРАНУЛЕМ В ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШКАХ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
 - 1) некроз
 - 2) фиброз
 - 3) нагноение
 - 4) рубцевание
 - 5) склероз
5. В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ
 - 1) серозное
 - 2) гнойное
 - 3) гранулематозное
 - 4) геморрагическое
 - 5) с казеозным некрозом
6. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ С НАИБОЛЬШЕЙ ЧАСТОТОЙ ПОРАЖАЕТСЯ
 - 1) сигмовидная кишка
 - 2) тонкий кишечник
 - 3) толстый кишечник
 - 4) илеоцекальный угол
 - 5) прямая кишка
7. ИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ФОРМА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) гастроэнтеритом
 - 2) гастроэнтероколитом
 - 3) колитом
 - 4) проктитом
 - 5) дуоденитом
8. В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ
 - 1) катаральное
 - 2) гнойное
 - 3) фибринозное
 - 4) крупозное
 - 5) дифтеритическое
9. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ
 - 1) дисбактериоз

- 2) пневмония
- 3) метастатические гнойники в органах
- 4) токсико-инфекционный шок
- 5) обезвоживание

10. ГРАНУЛЕМЫ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ

- 1) макрофагальные
- 2) эпителиоидноклеточные
- 3) гигантоклеточные
- 4) с наличием казеозного некроза
- 5) можно назвать гуммами

11. ИСХОД ГРАНУЛЕМ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ

- 1) развитие казеозного некроза
- 2) гнойное расплавление
- 3) обызвествление
- 4) петрификация
- 5) фиброз (склероз)

12. ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ

- 1) внутрикишечное кровотечение
- 2) рубцовые стенозы кишечника
- 3) септическая форма болезни
- 4) пневмония
- 5) артриты

13. В ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) продуктивное воспаление
- 2) гранулематозное воспаление
- 3) экссудативное воспаление
- 4) разлитое гнойное воспаление
- 5) атрофия и склероз

14. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНО ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) катаральное
- 2) крупозное
- 3) дифтеритическое
- 4) продуктивное
- 5) гранулематозное

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ КОЛИТА ПРИ СОВРЕМЕННОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

- 1) катаральный
- 2) флегмонозный
- 3) крупозный
- 4) дифтеритический
- 5) все перечисленное

16. ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ХОЛЕРНОМ ЭНТЕРИТЕ
- 1) флегмонозное
 - 2) крупозное
 - 3) дифтеритическое
 - 4) серозное
 - 5) гнойное
17. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД ЭНТЕРИТА, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХОЛЕРЫ
- 1) серозный (серозно-геморрагический)
 - 2) фолликулярный (фолликулярно-язвенный)
 - 3) дифтеритический
 - 4) крупозный
 - 5) флегмонозный
18. В АЛГИДНЫЙ ПЕРИОД ХОЛЕРЫ ПОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) интоксикация
 - 2) обезвоживание (эксикоз)
 - 3) диарея
 - 4) рвота
 - 5) гипертермия
19. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ХОЛЕРЕ
- 1) некротический нефроз
 - 2) пиелонефрит
 - 3) пиелит
 - 4) паранефрит
 - 5) инфаркты почек
20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ОБЩЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ХОЛЕРЕ
- 1) кожная сыпь
 - 2) бронхопневмония
 - 3) обезвоживание
 - 4) миокардит
 - 5) жировая дистрофия печени

Выберите несколько правильных ответов

21. СТАДИИ БРЮШНОГО ТИФА
- 1) мозговидного набухания
 - 2) некроза
 - 3) образования язв
 - 4) перфорации
 - 5) заживления
22. КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА
- 1) образование язв
 - 2) некроз макрофагальных гранулем

- 3) кишечное кровотечение
- 4) пневмония
- 5) перфорация кишки и перитонит

23. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

- 1) интестинальная
- 2) брюшнотифозная
- 3) септическая
- 4) абдоминальная
- 5) аппендикопатия

24. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА

- 1) абдоминальная
- 2) скарлатиноподобная
- 3) артралгическая
- 4) септическая
- 5) брюшнотифозную

25. ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ

- 1) желудок
- 2) тонкий кишечник
- 3) толстый кишечник
- 4) аппендикс
- 5) желчный пузырь

26. ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ В ПОДВЗДОШНОЙ КИШКЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) катаральное воспаление
- 2) формирование язв
- 3) формирование гранулем
- 4) фибринозное воспаление
- 5) дифтеритическое воспаление

27. К АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ ИЕРСИНИОЗА МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) терминальный илеит
- 2) дифтеритический колит
- 3) аппендикопатию
- 4) мезаденит
- 5) крупозный энтероколит

28. В СОСТАВ ГРАНУЛЕМ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ ВХОДЯТ

- 1) макрофаги
- 2) эпителиоидные клетки
- 3) гигантские многоядерные клетки
- 4) фибробласты
- 5) фиброциты

29. ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1) желудка

- 2) тонкого кишечника
- 3) сигмовидной кишки
- 4) прямой кишки
- 5) аппендикса

30. У ДЕТЕЙ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ КОЛИТЫ

- 1) крупозный
- 2) дифтеритический
- 3) фолликулярно-язвенный
- 4) фолликулярный
- 5) флегмонозный

31. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ВОЗМОЖНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) бронхопневмония
- 2) истощение
- 3) перфорация стенки кишки и перитонит
- 4) перфорация стенки кишки и парапроктит
- 5) амилоидоз

32. ДЛЯ ПАТОМОРФОЗА ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) доминирование фибринозного колита
- 2) доминирование катарального колита
- 3) доминирование легких форм
- 4) длительное бактерионосительство
- 5) развитие тяжелых кишечных осложнений

33. СТАДИИ РАЗВИТИЯ ХОЛЕРЫ

- 1) токсическая
- 2) стадии энтерита
- 3) стадии гастроэнтерита
- 4) септическая
- 5) алгидная

34. ВОЗМОЖНЫЕ МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КИШЕЧНИКЕ ПРИ ХОЛЕРНОМ ЭНТЕРИТЕ

- 1) расстройство кровообращения
- 2) отек
- 3) десквамация эпителия ворсин
- 4) формирование язв
- 5) лимфогистиоцитарная инфильтрация

35. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ

- 1) пневмония
- 2) рожа
- 3) сепсис
- 4) холерный тифоид

5) постхолерная уремия

36. ПАТОМОРФОЗ ХОЛЕРЫ

- 1) смена возбудителя на вибрион Эль-Тор
- 2) уменьшение смертности
- 3) увеличение смертности
- 4) основная причина смерти тяжелое обезвоживание
- 5) превалирование более легких форм

Правильные ответы

1-3)	11-2)	21-1) 2) 3) 5)	31-2) 5)
2-4)	12-3)	22-3) 5)	32-2) 3) 4)
3-3)	13-3)	23-1) 2) 3)	33-2) 3) 5)
4-1)	14-1)	24-1) 2) 3) 4)	34-1) 2) 3) 5)
5-3)	15-1)	25-1) 2) 3) 4)	35-4) 5)
6-2)	16-4)	26-1) 2) 3)	36-1) 2) 5)
7-1)	17-1)	27-1) 3) 4)	
8-1)	18-2)	28-1) 2) 3)	
9-4)	19-1)	29-3) 4)	
10-2)	20-3)	30-3) 4)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. Молодой мужчина с брюшным тифом находился в инфекционной больнице, проводилась интенсивная терапия, был назначен строгий постельный режим, который он многократно нарушал. На 4-той недели болезни внезапно появились острые боли в животе, клиническая картина начинающегося перитонита. Срочно взят в операционную, проведенное хирургическое вмешательство спасло жизнь больному.

1. Назовите осложнение брюшного тифа у больного?
2. В какую стадию болезни развилось это осложнение?
3. Перечислите все стадии брюшного тифа.
4. Какое еще кишечное осложнение может привести к смерти при брюшном тифе?
5. Укажите морфологический вид воспаления, возникающий в лимфоидном аппарате кишечника при брюшном тифе.
6. Часто ли в настоящее время встречается брюшной тиф и часто ли от него умирают?

2. В городской больнице в терапевтическом отделении эпидемическая вспышка сальмонеллеза, связанная с употреблением недоброкачественных пищевых продуктов. Наложено карантина. У большинства больных легкая форма болезни с быстрым улучшением состояния после адекватной терапии.

1. Уточните клинико-морфологическую форму сальмонеллеза у больных.

2. Какой отдел желудочно-кишечного тракта поражается, какие морфологические изменения в нем развиваются при этой форме?

3. Назовите другие более тяжелые клинико-морфологические формы сальмонеллеза.

4. Укажите возбудителей заболевания и путь заражения.

5. Кто может явиться источником заражения?

6. Перечислите наиболее тяжелые осложнения сальмонеллеза.

3. Молодой мужчина солдат заболел иерсиниозом с поражением кишечника и мезентериальных лимфоузлов. По месту службы в военной части диагноз долго не ставился, необходимого лечения не проводилось. В тяжелом состоянии, уже с септической формой, доставлен в областную больницу, где наступила смерть.

1. Опишите морфологические (микроскопические) изменения в кишечнике при иерсиниозе.

2. Укажите отделы кишечника, наиболее поражаемые при иерсиниозе.

3. Опишите микроскопическую картину мезентериальных лимфоузлов при иерсиниозе.

4. Какая патология во внутренних органах (печень, почки и другие органы) должна быть у умершего в связи с септической формой иерсиниоза?

5. Дайте морфологическое описание гранул при иерсиниозе.

6. Каковы причины смерти при иерсиниозе?

4. Ребенок 5 лет заболел остро, повышение температуры тела, токсикоз, многократный жидкий стул. Клинически заподозрена дизентерия. Последующее бактериологическое исследование подтвердило клинический диагноз, высеяна шигелла Зоне. Уже через 6 дней после начала лечения состояние ребенка хорошее.

1. Какие отделы кишечника наиболее поражаемы при дизентерии (шигеллезе)?

2. Опишите морфологические (микроскопические) изменения кишечника у ребенка.

3. Укажите морфологический вид колита у больного.

4. Его исход в данном случае?

5. Перечислите стадии классической (тяжелой) дизентерии?

6. Назовите основные черты патоморфоза дизентерии.

5. У строителей летнего оздоровительного лагеря, приехавших на заработки из стран Азии, эпидемическая вспышка холеры. Больные госпитализированы в местную инфекционную больницу. Один из заболевших в тяжелом состоянии. На фоне многократной рвоты и профузной диареи у него признаки обезвоживания.

1. Какие стадии холеры принято выделять?

2. Какая стадия холеры у больного, госпитализированного в тяжелом состоянии?

3. Опишите микроскопические изменения тонкого кишечника в эту стадию.
4. Укажите патологию почек, которая может быть при холере.
5. Назовите наиболее частые причины смерти при холере.
6. Перечислите основные черты патоморфоза холеры.

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Выберите один правильный ответ

1. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ В
 - 1) желудке
 - 2) прямой кишке
 - 3) подвздошной кишке
 - 4) сигмовидной кишке
 - 5) толстом кишечнике
2. В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ
 - 1) катаральное
 - 2) гнойное
 - 3) фибринозное
 - 4) крупозное
 - 5) дифтеритическое
3. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ
 - 1) дисбактериоз
 - 2) пневмония
 - 3) метастатические гнойники в органах
 - 4) токсико-инфекционный шок
 - 5) обезвоживание
4. ТИПИЧНЫЙ ИСХОД ГРАНУЛЕМ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ
 - 1) развитие казеозного некроза
 - 2) гнойное расплавление
 - 3) обызвествление
 - 4) петрификация
 - 5) фиброз (склероз)

Задание. Выберите несколько правильных ответов.

5. СТАДИИ БРЮШНОГО ТИФА
 - 1) мозговидного набухания
 - 2) некроза
 - 3) образования язв
 - 4) перфорации

- 5) заживления
6. КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА
- 1) образование язв
 - 2) некроз макрофагальных гранулем
 - 3) кишечное кровотечение
 - 4) пневмония
 - 5) перфорация кишки и перитонит
7. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
- 1) интестинальная
 - 2) брюшнотифозная
 - 3) септическая
 - 4) абдоминальная
 - 5) аппендикопатия
8. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА
- 1) абдоминальная
 - 2) скарлатиноподобная
 - 3) артралгическая
 - 4) септическая
 - 5) брюшнотифозную
9. ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ
- 1) желудка
 - 2) тонкого кишечника
 - 3) сигмовидной кишки
 - 4) прямой кишки
 - 5) аппендикса
10. ДЛЯ ПАТОМОРФОЗА ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНО
- 1) доминирование фибринозного колита
 - 2) доминирование катарального колита
 - 3) доминирование легких форм
 - 4) длительное бациллоносительство
 - 5) развитие тяжелых кишечных осложнений

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Какие отделы кишечника наиболее часто поражаются при иерсиниозе?

а) ... б) ... в) ...

12. Дайте морфологическое описание гранулем при иерсиниозе (размер, клеточный состав). а) ... б) ... в) ... г) ...

13. Типичный исход гранулемы при иерсиниозе.

а) ...

14. *Задача.* У ребенка дизентерия с характерными клиническими проявлениями. Он госпитализирован в инфекционную больницу, где после обследования назначено лечение. Предполагают наличие у больного катарального колита.

1) Перечислите морфологические изменения слизистой оболочки при катаральном колите.

а) ... б) ... в) ...

2) Оцените тяжесть течения дизентерии у ребенка.

а) ...

3) Перечислите стадии тяжелой дизентерии классического течения.

а) ... б) ... в) ... г) ...

Эталон

1-3)

4-2)

7-1) 2) 3)

10-2) 3) 4)

2-1)

5-1) 2) 3) 5)

8-1) 2) 3) 4)

3-4)

6-3) 5)

9-3) 4)

11. а) тонкий кишечник (подвздошная кишка), б) толстый кишечник (слепая кишка), в) аппендикс.

12. а) небольшого размера, б) макрофаги, в) эпителиоидные клетки, г) гигантские многоядерные клетки.

13. а) некроз с нагноением.

14. *Задача. 1*) а) нарушения кровообращения (полнокровие, отек),

б) воспалительные инфильтраты с наличием нейтрофильных лейкоцитов, в) десквамация покровного эпителия, эрозии.

2) а) у ребенка дизентерия легкого течения.

3) а) катаральный колит, б) фибринозный, в) язвенный, г) заживление язв.

Занятие № 13

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ И ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по патологической анатомии инфекций, передающихся воздушно-капельным путем.

Конкретные цели занятия.

1. Запомнить определения, термины, используемые при описании скарлатины, дизентерии, менингококковой инфекции, кори.

2. Усвоить этиологию, патогенез, классификацию инфекционных заболеваний.

3. Изучить морфологические изменения местного и общего характера, развивающиеся при этих заболеваниях.

4. Усвоить и понять осложнения, последствия и причины смерти при этих заболеваниях.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под

ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 839 – 840, 841 – 846. Обратитесь к материалам лекции, другим доступным источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Дайте определение скарлатины.	1	Одна из форм стрептококковой инфекции в виде острого инфекционного заболевания с местными воспалительными изменениями, преимущественно в зеве, сопровождающаяся типичной сыпью.
2	Назовите возбудителя скарлатины.	1	β -гемолитический стрептококк группы А.
3	Кто является источником заражения?	2	1. Больной человек. 2. Бациллоноситель.
4	Как происходит заражение?	3	1. Воздушно-капельным путем (чаще). 2. Контактным путем (через инфицированные вещи, игрушки, посуду). 3. Пищевым путем (редко).
5	Назовите места первичной фиксации стрептококка.	2	1. Небные миндалины (чаще) – буккальная скарлатина. 2. Кожа, легкие и др. (реже) – экстрабуккальная скарлатина.
6	Какие периоды скарлатины принято выделять?	2	1. Первый период – первые 2 недели болезни. 2. Второй период (аллергический) – со 2-й или 3-й недели болезни.
7	Назовите местные изменения при скарлатине (составные части первичного скарлатинозного комплекса).	2	1. Первичный аффе́кт (воспаление небных миндалин – ангина, реже других локализаций). 2. Регионарный лимфаденит.
8	Какие морфологические виды ангин могут развиваться при скарлатине?	2	1. Катаральная ангина. 2. Некротическая ангина.
9	Назовите общие изменения при скарлатине, связанные с токсемией.	3	1. Мелкоточечная сыпь (появляется на 2-й день болезни). 2. Дистрофические изменения печени, почек, миокарда. 3. Расстройства кровообращения в головном мозге и других органах.

10	Укажите характер возможных осложнений первого периода скарлатины.	2	1. Гнойно-некротические, связанные с распространением стрептококка. 2. Токсические, связанные с воздействием токсинов.
11	Перечислите наиболее частые гнойно-некротические осложнения скарлатины.	7	1. Заглоточный абсцесс. 2. Отит-антрит, возможно, с гнойным остеомиелитом височной кости. 3. Гнойно-некротический лимфаденит 4. Флегмона шеи. 5. Абсцесс мозга. 6. Гнойный менингит. 7. Септикопиемия.
12	Какие тяжелые формы скарлатины различают в зависимости от преобладания септических или токсических изменений?	2	1. Тяжелая токсическая. 2. Тяжелая септическая форма.
13	Назовите характер патологических изменений второго периода скарлатины.	1	Аллергический.
14	Перечислите наиболее частые проявления второго периода скарлатины.	4	1. Гломерулонефрит (острый и хронический). 2. Бородавчатый эндокардит. 3. Серозные артриты. 4. Васкулиты.
15	Назовите причины смерти при скарлатине.	2	1. Тяжелая токсическая форма. 2. Гнойно-некротические осложнения.
16	Дайте определение дифтерии.	1	Острое инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественно фибринозным воспалением в очаге первичной фиксации возбудителя и общей интоксикацией.
17	Назовите возбудителя дифтерии.	1	Палочка дифтерии из семейства коринебактерий.
18	Кто является источником заражения?	2	1. Бациллоноситель (чаще). 2. Больной человек.
19	Как происходит заражение?	2	1. Воздушно-капельным путем (чаще). 2. Контактным путем (через инфицированные предметы, игрушки, посуду).

20	Назовите основные патогенетические моменты в развитии дифтерии.	2	1. Размножение микроорганизма в области первичной фиксации с развитием воспаления. 2. Всасывание экзотоксина с тяжелой общей интоксикацией.
21	На какие системы организма преимущественно оказывает действие экзотоксин дифтерийной палочки?	3	1. На сердечно-сосудистую систему. 2. На нервную систему. 3. На эндокринную – надпочечники.
22	Какие местные морфологические изменения вызывает экзотоксин дифтерийной палочки?	4	1. Некроз эпителия. 2. Паретическое расширение сосудов с нарушением их проницаемости. 3. Отек тканей и выход фибриногена из сосудистого русла. 4. Развитие фибринозного воспаления.
23	Назовите типичную локализацию местных изменений при дифтерии.	3	1. Слизистая оболочка зева. 2. Глоточные миндалины. 3. Слизистые оболочки дыхательных путей (нос, гортань, трахея, бронхи).
24	Укажите основные клинкоморфологические формы дифтерии.	3	1. Дифтерия зева и миндалин (70-90%). 2. Дифтерия дыхательных путей (дифтерийный круп). 3. Дифтерия носа и другие редкие формы.
25	Какой морфологический тип воспаления развивается при дифтерии зева и миндалин?	1	Экссудативное фибринозное воспаление, дифтеритический вариант.
26	Какой морфологический тип воспаления развивается при дифтерии дыхательных путей?	1	Экссудативное фибринозное воспаление, крупозный вариант.
27	При какой клинкоморфологической форме дифтерии наблюдается тяжелая токсемия?	1	При дифтерии зева и миндалин.
28	С чем может быть связано развитие асфиксии при дифтерии?	2	1. С истинным крупом. 2. С ложным крупом.
29	Что такое истинный круп?	1	Крупозное воспаление гортани с возможным отделением фибринозных пленок.

30	Что такое ложный круп?	1	Рефлекторный спазм гладкой мускулатуры гортани, вызванный отеком, некрозом слизистой оболочки.
31	Что такое нисходящий дифтерийный круп?	1	Распространение крупозного воспаления на бронхи.
32	Укажите наиболее типичные общие токсические изменения при дифтерии.	4	1. Токсический миокардит (альтеративный или интерстициальный). 2. Паренхиматозный неврит. 3. Дистрофические и некротические изменения надпочечников. 4. Некротический нефроз.
33	Назовите морфологические изменения при токсическом миокардите.	4	1. Дистрофия кардиомиоцитов (жировая и др.). 2. Очаги некроза кардиомиоцитов (миолиз). 3. Лимфогистоцитарная инфильтрация стромы. 4. Расстройство кровообращения (полнокровие, отек).
34	Перечислите наиболее частые причины смерти при дифтерии.	4	1. Ранний паралич сердца (связан с миокардитом) – 2-я – 3-я неделя болезни. 2. Поздний паралич сердца (связан с паренхиматозным невритом блуждающего нерва) – через 2-2,5 месяца от начала болезни. 3. Асфиксия при истинном или ложном крупе. 4. Пневмония и другие осложнения.
35	Дайте определение менингококковой инфекции.	1	Острое инфекционное заболевание, проявляющееся в трех основных формах (назофарингите, гнойном менингите, менингококкемии), характеризующееся эпидемическими вспышками.
36	Назовите возбудителя менингококковой инфекции.	1	Менингококк.
37	Кто является источником заражения?	2	1. Больной человек. 2. Бациллоноситель.
38	Каков путь заражения?	1	Воздушно-капельный.
39	Перечислите основные клинико-морфологические формы менингококковой	5	1. Менингококковый назофарингит. 2. Менингококковая пневмония. 3. Гнойный менингит.

	инфекции, имеющие место в настоящее время.		4. Менингоэнцефалит. 5. Менингококкемия (септическая форма).
40	Назовите морфологические изменения мягкой мозговой оболочки в зависимости от сроков болезни.	4	1. Расстройства кровообращения и возможное образование серозного экссудата – 1-2-е сутки болезни. 2. Начало образования гнойного экссудата – 3-и сутки. 3. Развернутая картина гнойного воспаления с присоединением фибринозного выпота – 2-ая неделя болезни. 4. Рассасывание или организация экссудата – 3-я неделя болезни.
41	Что такое менингококкемия?	1	Септическая форма менингококковой инфекции, протекающая как септицемия или септикопиемия.
42	Перечислите основные морфологические изменения при менингококкемии.	7	1. Геморрагический синдром (кровоизлияния в коже, надпочечниках, других органах). 2. Генерализованные васкулиты. 3. Менингит (иногда воспалительные изменения мозговых оболочек могут отсутствовать). 4. Серозный или гнойный артрит. 5. Гнойный иридоциклит 6. Некрозы и кровоизлияния в надпочечниках. 7. Некротический нефроз.
43	Назовите наиболее яркие черты септицемии при менингококковой инфекции.	4	1. Бурное клиническое течение, обычно с летальным исходом в первые 24 – 48 часов. 2. Резко выраженный геморрагический синдром (геморрагическая сыпь на коже, кровоизлияния в надпочечники). 3. Некротический нефроз. 4. Изменения мозговых оболочек слабо выражены.
44	Что такое синдром Уотерхауза-Фридриксена?	1	Острая надпочечниковая недостаточность, развивающаяся в связи с некрозами и кровоизлияниями ткани надпочечника.

45	Укажите основные причины смерти больных менингококковой инфекцией.	4	1. Менингококкемии (септицемия, септикопиемия). 2. Острая почечная недостаточность. 3. Гнойный менингит, менингоэнцефалит. 4. Кахексия (в позднем периоде).
46	Дайте определение кори.	1	Острое высококонтагиозное инфекционное заболевание, характеризующееся катаральным воспалением слизистых оболочек верхних дыхательных путей, конъюнктивы и пятнисто-папулезной сыпью на коже.
47	Назовите возбудителя кори.	1	РНК- вирус, относящийся к миксовирусам.
48	Укажите источник заражения при кори.	1	Больной человек (только).
49	Каков путь заражения?	1	Воздушно-капельный.
50	Назовите типичную локализацию местных изменений при кори.	4	1. Зев. 2. Трахея. 3. Бронхи. 4. Конъюнктура.
51	Перечислите основные патогенетические моменты в развитии кори.	5	1. Попадание вируса в верхние дыхательные пути и конъюнктуру, его размножение и возникновение местных изменений. 2. Кратковременная вирусемия. 3. Расселение вируса в лимфоидной ткани. 4. Выраженная вирусемия. 5. Появление сыпи.
52	Какими свойствами обладает вирус кори в отношении подавления специфической и неспецифической защиты организма?	3	1. Снижает барьерную функцию эпителия. 2. Снижает фагоцитарную активность. 3. Вызывает падение титра противинфекционных антител.
53	Что может явиться следствием анергии, вызванной вирусом кори?	2	1. Выраженная склонность к различным инфекциям. 2. Обострение хронических инфекций (туберкулеза и т.д.).
54	Каков характер воспаления слизистых оболочек дыхательных путей и конъюнктивы (местные изменения)?	1	Катаральное воспаление.

55	Назовите общие изменения при кори.	4	1. ЭнанЗанятие и экзанЗанятие. 2. Гиперплазия лимфоидной ткани (лимфоузлов, селезенки, лимфопозитических органов пищеварительного тракта). 3. Коревой энцефалит (редко). 4. Интерстициальная (гигантоклеточная) пневмония.
56	Что такое энантема при кори?	1	Беловатые пятна на слизистой оболочке щек, соответственно малым нижним коренным зубам.
57	Что такое экзантема при кори?	1	Крупнопятнистая папулезная сыпь на коже.
58	Что такое ложный круп при кори (коревой круп)?	1	Рефлекторный спазм гортани, вызванный отеком и некрозом слизистой оболочки.
59	Назовите наиболее частые осложнения кори, связанные с присоединениями вторичной инфекции.	2	1. Тяжелые бронхиты. 2. Пневмония.
60	Какие морфологические виды бронхитов развиваются с присоединением вторичной инфекции при кори?	2	1. Некротический бронхит. 2. Гнойно-некротический бронхит.
61	Укажите причины смерти при кори.	2	1. Легочные осложнения. 2. Асфиксия при ложном крупе.

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки

1. Характеристика скарлатины. Возбудитель, общие изменения при скарлатине, местные изменения при скарлатине. Периоды скарлатины, их клинкоморфологическая характеристика.

2. Основные формы менингококковой инфекции. Микроскопическая характеристика изменений оболочек головного мозга при менингококковом менингите. Осложнения менингококкового менингита.

3. Характеристика дифтерии, характер воспаления в очаге первичной локализации. Органы и системы, которые поражаются под действием экзотоксина при дифтерии.

4. Корь, входные ворота коревого вируса. Характеристика макро и микроскопических проявлений при кори, экзантема и энантема. Осложнения, возникающие при кори.

Домашнее задание. Перенесите таблицу в тетрадь и заполните ее.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Параметры	Скарлатина	Дифтерия	Корь
Возбудитель			
Источник заражения			
Местные изменения			
Общие изменения			
Особенности кожной сыпи			
Тяжелые осложнения			
Причины смерти			

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ МЕСТО ПЕРВИЧНОЙ ФИКСАЦИИ СТРЕПТОКОККА ПРИ СКАРЛАТИНЕ**
 - 1) небные миндалины
 - 2) кожа
 - 3) легкие
 - 4) лимфоузлы шеи
 - 5) мягкие ткани шеи
2. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА АНГИНЫ ПРИ СКАРЛАТИНЕ**
 - 1) катаральная
 - 2) некротическая
 - 3) гнойная
 - 4) фолликулярная
 - 5) фибринозная
3. **ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ВТОРОГО ПЕРИОДА СКАРЛАТИНЫ**
 - 1) токсические
 - 2) гнойно-некротические
 - 3) обменные
 - 4) аллергические
 - 5) метаболические
4. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ДИФТЕРИИ**
 - 1) раневая поверхность
 - 2) слизистая оболочка носа
 - 3) слизистая оболочка дыхательных путей
 - 4) зев и миндалины

- 5) гениталии (у девочек)
5. ВИД ВОСПАЛЕНИЯ В МЕСТЕ ПЕРВИЧНОЙ ФИКСАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ДИФТЕРИИ
- 1) серозное
 - 2) гнойное
 - 3) геморрагическое
 - 4) продуктивное
 - 5) фибринозное
6. ВОСПАЛЕНИЕ, ТИПИЧНОЕ ДЛЯ ДИФТЕРИИ ЗЕВА И МИНДАЛИН
- 1) серозное
 - 2) крупозное
 - 3) дифтеритическое
 - 4) гнойное
 - 5) гнилостное
7. ВОСПАЛЕНИЕ, ТИПИЧНОЕ ДЛЯ ДИФТЕРИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
- 1) серозное
 - 2) крупозное
 - 3) дифтеритическое
 - 4) гнойное
 - 5) гнилостное
8. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИФТЕРИИ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ТЯЖЕЛАЯ ТОКСЕМИЯ
- 1) дифтерия дыхательных путей
 - 2) дифтерия носа
 - 3) дифтерия ран
 - 4) дифтерия зева и миндалин
 - 5) дифтерия кожи
9. ИСТИННЫЙ КРУП - ЭТО
- 1) отек гортани
 - 2) спазм гладких мышц гортани
 - 3) крупозное воспаление гортани с отделением фибринозной пленки
 - 4) крупозное воспаление бронхов с нарушением их проходимости
 - 5) синоним раннего паралича сердца
10. ЛОЖНЫЙ КРУП – ЭТО
- 1) крупозное воспаление гортани
 - 2) крупозное воспаление бронхов
 - 3) крупозное воспаление трахеи
 - 4) рефлекторный спазм гладких мышц гортани
 - 5) острая сердечная недостаточность
11. НИСХОДЯЩИЙ КРУП – ЭТО
- 1) крупозное воспаление гортани

- 2) крупозное воспаление бронхов
 - 3) крупозное воспаление трахеи
 - 4) рефлекторный спазм гладких мышц гортани
 - 5) отек гортани
12. РАННИЙ ПАРАЛИЧ СЕРДЦА ПРИ ДИФТЕРИИ РАЗВИВАЕТСЯ В СВЯЗИ С
- 1) истинным крупом
 - 2) ложным крупом
 - 3) нисходящим крупом
 - 4) токсическим миокардитом
 - 5) паренхиматозным нефритом
13. ПОЗДНИЙ ПАРАЛИЧ СЕРДЦА ПРИ ДИФТЕРИИ РАЗВИВАЕТСЯ В СВЯЗИ С
- 1) истинным крупом
 - 2) ложным крупом
 - 3) нисходящим крупом
 - 4) токсическим миокардитом
 - 5) паренхиматозным невритом
14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ДИФТЕРИИ
- 1) ранний паралич сердца
 - 2) поздний паралич сердца
 - 3) асфиксия при истинном крупе
 - 4) асфиксия при ложном крупе
 - 5) нисходящий круп
15. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
- 1) назофарингит
 - 2) пневмония
 - 3) гнойный менингит
 - 4) менингококкемия (септическая форма)
 - 5) токсическая форма
16. ЧТО ТАКОЕ СИНДРОМ УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
- 1) острая надпочечниковая недостаточность
 - 2) хроническая надпочечниковая недостаточность
 - 3) острая почечная недостаточность
 - 4) хроническая почечная недостаточность
 - 5) геморрагический синдром при менингококкемии
17. ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ТИПИЧНО ВОСПАЛЕНИЕ
- 1) серозное
 - 2) гнойное
 - 3) геморрагическое

- 4) фибринозное
 - 5) дифтеритическое
18. ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ ИЗ-ЗА
- 1) скопления гнойного экссудата в мозговых оболочках
 - 2) развития фиброзной ткани на месте гнойного экссудата
 - 3) рассасывания гнойного экссудата
 - 4) присоединения энцефалита
 - 5) субарахноидального кровоизлияния
19. ВОСПАЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ТИПИЧНОЕ ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ КОРИ
- 1) продуктивное
 - 2) фибринозное
 - 3) геморрагическое
 - 4) катаральное
 - 5) крупозное
20. ПРИ КОРИ ВАЖНО УВИДЕТЬ ЭНАНТЕМУ, ТАК КАК ОНА
- 1) тяжелое проявление заболевания
 - 2) тяжелое осложнение заболевания
 - 3) самый ранний диагностический признак заболевания
 - 4) поздний диагностический признак заболевания
 - 5) показатель тяжести заболевания
21. ПРИ КОРИ КОЖНАЯ СЫПЬ
- 1) крупнопятнистая популезная
 - 2) мелкоточечная
 - 3) пустулезная
 - 4) с изъязвлениями
 - 5) с нагноением и некрозами

Выберите несколько правильных ответов

22. ПЕРВИЧНЫЙ СКАРЛАТИНОЗНЫЙ КОМПЛЕКС ПРЕДСТАВЛЕН
- 1) воспалением небных миндалин
 - 2) регионарным лимфаденитом
 - 3) флегмоной мягких тканей шеи
 - 4) заглочным абсцессом
 - 5) отитом
23. ОБЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ
- 1) кожная сыпь
 - 2) эксикоз
 - 3) дистрофические изменения паренхиматозных органов
 - 4) синдром Уотерхауса-Фридериксена
 - 5) паренхиматозный неврит

24. ТЯЖЕЛЫЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ
- 1) заглочный абсцесс
 - 2) гнойный отит
 - 3) бородавчатый эндокардит
 - 4) флегмона шеи
 - 5) гломерулонефрит
25. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВОГО ПЕРИОДА СКАРЛАТИНЫ
- 1) флегмона шеи
 - 2) бородавчатый эндокардит
 - 3) васкулиты
 - 4) гнойный отит-антрит
 - 5) гнойно-некротический регионарный лимфаденит
26. ОСЛОЖНЕНИЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА СКАРЛАТИНЫ
- 1) флегмона шеи
 - 2) абсцесс головного мозга
 - 3) гнойный менингит
 - 4) бородавчатый эндокардит
 - 5) гломерулонефрит
27. ЭКЗОТОКСИН ДИФТЕРИЙНОЙ ПАЛОЧКИ ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ НА
- 1) миокард
 - 2) клапаны сердца
 - 3) периферические нервы
 - 4) надпочечники
 - 5) почки
28. ТИПИЧНЫЕ ОБЩЕТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ДИФТЕРИИ
- 1) токсический миокардит
 - 2) паренхиматозный неврит
 - 3) дистрофия и некроз надпочечников
 - 4) некротический нефроз
 - 5) гидроцефалия
29. ПРИ ДИФТЕРИИ ПРЕКРАЩЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СВЯЗАНО С
- 1) ранним параличом сердца
 - 2) поздним параличом сердца
 - 3) истинным крупом
 - 4) ложным крупом
 - 5) нисходящим крупом
30. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ МИОКАРДИТЕ ПРИ ДИФТЕРИИ
- 1) дистрофия кардиомиоцитов
 - 2) очаги некроза кардиомиоцитов
 - 3) лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция

- 4) склероз интерстиция
 - 5) развитие инфаркта
31. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
- 1) назофарингит
 - 2) гнойный менингит
 - 3) менингоэнцефалит
 - 4) менингококкцемия
 - 5) токсическая форма
32. ПРИ СИНДРОМЕ УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА ИМЕЕТ МЕСТО
- 1) атрофия коры надпочечников
 - 2) очаговая гиперплазия коры надпочечников
 - 3) некроз в надпочечниках
 - 4) кровоизлияния в надпочечниках
 - 5) множественные кровоизлияния в разных органах
33. ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРЕМИИ ПРИ КОРИ
- 1) катаральное воспаление верхних дыхательных путей
 - 2) экзантема
 - 3) энантема
 - 4) коревой круп
 - 5) ложный круп
34. СЛЕДСТВИЕ АНЕРГИИ У ВЫЗДОРАВЛИВАЮЩИХ ПРИ КОРИ
- 1) катаральное воспаление верхних дыхательных путей
 - 2) развитие ложного крупа
 - 3) склонность к присоединению различных инфекций
 - 4) обострение имеющихся хронических инфекций
 - 5) развитие истинного крупа
35. ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ, СВЯЗАННЫЕ С ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
- 1) истинный круп
 - 2) ложный круп
 - 3) экзантема
 - 4) тяжелые бронхиты
 - 5) тяжелая пневмония
36. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ КОРИ
- 1) тяжелые легочные осложнения
 - 2) истинный круп
 - 3) ложный круп
 - 4) нисходящий круп
 - 5) экзантема

Правильные ответы

1-1)	11-2)	21-1)	31-1) 2) 3) 4)
2-1)	12-4)	22-1) 2)	32-3) 4)
3-2)	13-5)	23-1) 3)	33-2) 3)
4-4)	14-1)	24-1) 2) 4)	34-3) 4)
5-5)	15-4)	25-1) 4) 5)	35-4) 5)
6-3)	16-1)	26-4) 5)	36-1) 3)
7-2)	17-2)	27-1) 3) 4) 5)	
8-4)	18-2)	28-1) 2) 3) 4)	
9-3)	19-4)	29-1) 2)	
10-4)	20-3)	30-1) 2) 3)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. В детском интернате несколько случаев дифтерии. Один из больных детей доставлен в инфекционную больницу в тяжелом состоянии с признаками выраженной интоксикации. При осмотре слизистая оболочка зева и миндалин отечна, покрыта обильными плотными бело-желтыми пленками. Мягкие ткани шеи отечны.

1. Какая клинико-морфологическая форма дифтерии у ребенка?
2. Укажите морфологический вид воспаления в зеве и миндалинах при этой форме?
3. Как объяснить выраженные токсические проявления при ней?
4. Назовите наиболее типичные проявления токсемии при дифтерии.
5. Перечислите наиболее частые причины смерти при этой форме дифтерии.
6. Часто ли встречается эта форма дифтерии?

2. В городе и области эпидемия дифтерии, в инфекционной больнице находится больная с диагнозом дифтерия дыхательных путей, диагностируется поражение гортани и трахеи. Состояние средней степени тяжести, выраженных проявлений интоксикации нет. Опасение вызывает возможность осложнений местного характера.

1. Какой морфологический вид воспаления у больной в гортани и трахее?
2. Что такое истинный круп?
3. Что такое ложный круп?
4. Что такое нисходящий круп?
5. Какие осложнения местного характера грозят больным при этой форме дифтерии?
6. Объясните, почему при дифтерии дыхательных путей обычно не бывает тяжелой токсемии?
7. Кто является источником заражения? Каким путем происходит заражение при дифтерии?

3. У ребенка 5-ти лет диагностирована скарлатина. При осмотре слизистая оболочка зева и язык ярко красные («пылающий зев», «малиновый язык»). Небные миндалины увеличены, отечные, ярко красного цвета. Имеется увеличение подчелюстных лимфоузлов, сыпь на коже, характерного вида и локализации.

1. Уточните морфологический вид ангины у ребенка.
2. Что такое первичный скарлатинозный комплекс?
3. Опишите внешний вид и типичную локализацию скарлатинозной сыпи.
4. Какой период скарлатины описан в задаче?
5. Какой еще период скарлатины может иметь место? Укажите время его возникновения.
6. Объясните характер проявлений второго периода скарлатины.
7. Перечислите основные патологические изменения второго периода скарлатины.

4. Ребенок в возрасте 2-х лет умер от менингококкового менингита при наличии выраженного отека и набухания головного мозга. Смерть наступила на 2-ой неделе болезни. На вскрытии имели место выраженные морфологические изменения мягкой мозговой оболочки, характерные для этой формы болезни.

1. Какой морфологический вид воспаления имел место в мягкой мозговой оболочке у ребенка?
2. Опишите макроскопическую картину мягкой мозговой оболочки на вскрытии.
3. Опишите микроскопическую картину мягкой мозговой оболочки в секционном материале.
4. Назовите возможные исходы воспаления мягкой мозговой оболочки.
5. Что такое гидроцефалия и почему она может развиваться после перенесенного менингококкового менингита?
6. Перечислите причины смерти больных менингококковой инфекцией.

5. Маленький ребенок первого года жизни находился в очаге менингококковой инфекции. Заболел остро. У него высокая температура тела, геморрагический синдром, бурная быстро утяжеляющаяся клиническая картина, развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена. Смерть наступила на 2-ые сутки болезни. Поставлен диагноз менингококцемия, септическая форма менингококковой инфекции, протекающая по типу септицемии.

1. Назовите наиболее яркие клинико-морфологические черты менингококцемии.
2. Что такое синдром Уотерхауса-Фридериксена, какие морфологические изменения определяют его развитие?
3. Объясните патогенез геморрагического синдрома у ребенка.
4. Опишите морфологическую картину мягкой мозговой оболочки, которую мог увидеть патологоанатом на вскрытии.
5. Почему при этой форме болезни важно сделать бактериоскопическое и бактериологическое исследование?

6. Какие иные клинико-морфологические формы менингококковой инфекции вы знаете?

6. К больному ребенку 7 лет вызван врач поликлиники. Ребенок болен несколько дней, у него повышение температуры тела, признаки интоксикации, катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей, конъюнктивит. Участковый педиатр при осмотре обнаружил пятна Бильшовского-Филатова-Коплика, поставил диагноз корь.

1. Что такое пятна Бильшовского-Филатова-Коплика?

2. Почему они имеют важное значение для диагностики кори?

3. Назовите изменения со стороны кожи, которые должны появиться в ближайшее время у больного?

4. Каких легочных осложнений следует опасаться при кори?

5. Что такое ложный круп?

6. Укажите патологию, которая может развиваться у ребенка, только что переболевшего корью или реконвалесцента в связи с подавлением иммунитета (анергией).

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Выберите один правильный ответ

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА АНГИНЫ ПРИ СКАРЛАТИНЕ**

- 1) катаральная
- 2) некротическая
- 3) гнойная
- 4) фолликулярная
- 5) фибринозная

2. **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИФТЕРИИ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ТЯЖЕЛАЯ ТОКСЕМИЯ**

- 1) дифтерия дыхательных путей
- 2) дифтерия носа
- 3) дифтерия ран
- 4) дифтерия зева и миндалин
- 5) дифтерия кожи

3. **ВИД ВОСПАЛЕНИЯ В МЕСТЕ ПЕРВИЧНОЙ ФИКСАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ДИФТЕРИИ**

- 1) серозное
- 2) гнойное
- 3) геморрагическое
- 4) продуктивное
- 5) фибринозное

4. В ИСХОДЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА РАЗВИВАЕТСЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ ИЗ-ЗА
- 1) скопления гнойного экссудата в мозговых оболочках
 - 2) развития фиброзной ткани на месте гнойного экссудата
 - 3) рассасывания гнойного экссудата
 - 4) присоединения энцефалита
 - 5) субарахноидального кровоизлияния

5. ВОСПАЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ТИПИЧНОЕ ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ КОРИ
- 1) продуктивное
 - 2) фибринозное
 - 3) геморрагическое
 - 4) катаральное
 - 5) крупозное

Задание. Выберите несколько правильных ответов.

6. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВОГО ПЕРИОДА СКАРЛАТИНЫ
- 1) флегмона шеи
 - 2) бородавчатый эндокардит
 - 3) васкулиты
 - 4) гнойный отит-антрит
 - 5) гнойно-некротический регионарный лимфаденит
7. ОСЛОЖНЕНИЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА СКАРЛАТИНЫ
- 1) флегмона шеи
 - 2) абсцесс головного мозга
 - 3) гнойный менингит
 - 4) бородавчатый эндокардит
 - 5) гломерулонефрит
8. ТИПИЧНЫЕ ОБЩЕТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ДИФТЕРИИ
- 1) токсический миокардит
 - 2) паренхиматозный неврит
 - 3) дистрофия и некроз надпочечников
 - 4) некротический нефроз
 - 5) гидроцефалия
9. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ МИОКАРДИТЕ ПРИ ДИФТЕРИИ
- 1) дистрофия кардиомиоцитов
 - 2) очаги некроза кардиомиоцитов
 - 3) лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция
 - 4) склероз интерстиция
 - 5) развитие инфаркта

10. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) назофарингит
- 2) гнойный менингит
- 3) менингоэнцефалит
- 4) менингококкцемия
- 5) токсическая форма

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Дайте определение дифтерии.

а) . . .

12. Перечислите основные клинико-морфологические формы дифтерии.

а) . . . б) . . . в) . . .

13. С чем может быть связано развитие асфиксии при дифтерии?

а) . . . б) . . .

14. Перечислите наиболее частые причины смерти при дифтерии.

а) . . . б) . . . в) . . . г) . . .

15. *Задача.* Маленький ребенок заболел внезапно, повышение температуры тела, помрачение сознания. В больнице экстренные лечебные мероприятия эффекта не дали, наступила смерть. На патологоанатомическом вскрытии доминировали проявления геморрагического синдрома, мягкие мозговые оболочки полнокровны, отечны. Бактериоскопическое, а затем бактериологическое исследование установило наличие в мозговых оболочках менингококка.

1) Какая клинико-морфологическая форма менингококковой инфекции у ребенка?

а) . . .

2) Объясните патогенез геморрагического синдрома.

а) . . .

3) Какие морфологические изменения надпочечников могли быть у ребенка?

а) . . . б) . . .

4) Почему необходимо бактериоскопическое и бактериологическое исследование мозговых оболочек при такой форме инфекции?

а) . . .

Эталон

1-1)

4-2)

7-4) 5)

10-1) 2) 3) 4)

2-4)

5-4)

8-1) 2) 3) 4)

3-5)

6-1) 4) 5)

9-1) 2) 3)

11. а) острое инфекционное заболевание с характерным фибринозным воспалением в очаге первичной фиксации возбудителя.

12. а) дифтерия зева и миндалин, б) дифтерия дыхательных путей, в) дифтерия носа и других редких локализаций.

13. а) с истинным крупом, б) с ложным крупом.

14 а) ранний паралич сердца, связанный с миокардитом, б) поздний паралич

сердца, связанный с невритом блуждающего нерва, в) асфиксия, г) пневмония и другие осложнения.

15. *Задача.* 1) а) менингококкемия (септическая форма)

2) а) развитие связано с токсическим воздействием на стенки капилляров.

3) а) кровоизлияния, б) некрозы.

4) а) морфологическая картина не позволяет диагностировать эту форму инфекции, выделения возбудителя объективно устанавливает диагноз.

Занятие № 14

ТУБЕРКУЛЕЗ

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по патологической анатомии туберкулеза.

Конкретные задачи самостоятельной работы.

1. Запомнить определения, термины, используемые при описании туберкулеза.

2. Усвоить этиологию, патогенез, морфогенез и современные классификации туберкулеза.

3. Изучить морфологические изменения в органах и тканях при различных формах туберкулеза.

4. Усвоить и понять осложнения, последствия и причины смерти при различных формах туберкулеза.

5. Изучить патоморфоз и «реверсию» туберкулеза.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 667 – 685. Обратитесь к материалам лекции, другим доступным источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Дайте определение туберкулеза.	1	Хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза, при котором могут поражаться все органы человека, но чаще легкие.
2	Назовите типы микобактерий туберкулеза, вызывающие за-	2	1. Микобактерия туберкулеза, человеческий тип.

	болевание у человека.		2. Микобактерия туберкулеза, бычий тип.
3	Кто может быть источником заражения при туберкулезе?	2	1. Больной человек с открытой формой туберкулеза. 2. Больные животные (чаще больные коровы).
4	Как происходит заражение туберкулезом?	2	1. Аэрогенно (чаще). 2. Алиментарным путем (через инфицированное молоко больных коров).
5	Перечислите особенности туберкулеза, отличающие его от других инфекций.	4	1. Повсеместное распространение. 2. В зависимости от соотношения иммунитета и аллергии развитие или инфицирования, или болезни. 3. Крайняя степень полиморфизма клинико-морфологических проявлений. 4. Хроническое волнообразное течение.
6	Назовите основные клинимоρφологические формы туберкулеза.	3	1. Первичный туберкулез. 2. Гематогенный туберкулез. 3. Вторичный туберкулез.
7	Каковы клинимоρφологические особенности первичного туберкулеза?	5	1. Развитие заболевания в период первичного инфицирования (при первой встрече с инфектом). 2. Наличие реакции гиперчувствительности немедленного типа. 3. Преобладание экссудативно-некротических изменений. 4. Наклонность к гематогенной и лимфогенной генерализации. 5. Развитие параспецифических реакций (васкулитов, артритов, полисерозитов и др.).
8	Укажите компоненты первичного туберкулезного комплекса.	3	1. Первичный очаг (аффект). 2. Лимфангит. 3. Лимфаденит.
9	Какова морфология первичного туберкулезного аффекта в легких?	1	Очаговая пневмония, сначала экссудативная, а затем казеозная.
10	Какие морфологические изменения характерны для туберкулезного лимфаденита?	2	1. Наличие очагов казеозного некроза разного размера. 2. Скопление эпителиоидных клеток, клеток Пирогова-Лангханса, лимфоцитов вокруг некроза.

11	Назовите возможные варианты течения первичного туберкулезного комплекса (первичного туберкулеза).	3	1. Заживление компонентов первичного туберкулезного комплекса. 2. Прогрессирование с генерализацией процесса. 3. Хроническое течение (хронически текущий первичный туберкулез).
12	Какие морфологические изменения происходят при стабилизации и заживлении очагов первичного туберкулезного комплекса?	5	1. Рассасывание экссудата. 3. Инкапсуляция. 4. Организация. 5. Петрификация. 6. Оссификация (только аффекта).
13	Какие морфологические изменения остаются на месте заживших очагов первичного туберкулеза?	3	1. Фиброзные рубцы. 2. Очаги обызвествления. 3. Очаги костеобразования (на месте аффекта).
14	Как (по автору) называется заживший первичный туберкулезный аффект в легком?	1	Очаг Гона.
15	Перечислите формы прогрессирования первичного туберкулеза.	4	1. Гематогенная форма прогрессирования. 2. Лимфожелезистая форма. 3. Рост первичного аффекта. 4. Смешанная форма.
16	Что такое опухолевидный вариант бронхаденита при лимфожелезистой форме туберкулеза?	1	Воспаление лимфоузлов корня легкого (бронхаденит) со значительным увеличением их размеров.
17	Какие осложнения могут развиваться при опухолевидном варианте бронхаденита?	4	1. Ателектаз из-за сдавления бронха увеличенными лимфоузлами. 2. Развитие бронхита с казеозным некрозом из-за распространения микобактерий на стенку бронха. 3. Формирование бронхиального свища в зоне казеозного некроза. 4. Бронхогенное обсеменение легкого с развитием пневмонических казеозных очагов.
18	Назовите формы (варианты) гематогенной генерализации при первичном туберкулезе.	2	1. Милиарная форма (милиарный, то есть просовидный). 2. Крупноочаговая форма.
19	Укажите особенности строения туберкулезной гранулемы.	3	1. Небольшой размер (1-2 мм). 2. Казеозный некроз в центре. 3. Скопление эпителиоидных клеток,

			клеток Пирогова-Лангханса, лимфоцитов вокруг некроза.
20	Каково морфологическое выражение "роста первичного аффекта" как формы прогрессирования первичного туберкулеза?	1	Развитие казеозной пневмонии больших масштабов до лобарной на месте первичного аффекта.
21	Назовите исходы прогрессирующих форм первичного туберкулеза.	2	1. Выздоровление. 2. Смерть (от гематогенной генерализации инфекции, казеозной пневмонии).
22	Как проявляется хронически текущий первичный туберкулез?	2	1. Хроническое медленно прогрессирующее течение лимфожелезистой формы. 2. Первичная хроническая легочная чахотка с наличием хронической легочной каверны.
23	Дайте определение гематогенного туберкулеза.	1	Клинико-морфологическая форма туберкулеза, возникающая в организме человека через значительный срок после перенесенной инфекции и характеризующаяся рядом особенностей.
24	Укажите особенности гематогенного туберкулеза.	6	1. Развивается на фоне значительного иммунитета. 2. Выражена склонность к гематогенной генерализации. 3. Доминирует реакция гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ). 4. Преобладание продуктивной воспалительной реакции. 5. Имеются зажившие компоненты первичного туберкулезного комплекса. 6. Характеризуется клинико-морфологическим полиморфизмом.
25	Откуда может начаться распространение микобактерий по организму при гематогенной форме туберкулеза?	2	1. Из очагов-отсевов в разных органах, развившихся в период первичной инфекции. 2. Из не вполне заживших фокусов в лимфоузлах.
26	Назовите разновидности гематогенного туберкулеза.	3	1. Генерализованный гематогенный туберкулез.

			2. Гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких. 3. Гематогенный туберкулез с преимущественным внелегочным поражением (органный туберкулез).
27	Какие разновидности генерализованного гематогенного туберкулеза, вы знаете?	3	1. Острый общий милиарный туберкулез. 2. Острый общий крупноочаговый туберкулез. 3. Острейший туберкулезный сепсис.
28	Какие разновидности гематогенного туберкулеза с преимущественным поражением легких вы знаете?	3	1. Острый милиарный туберкулез легких. 2. Хронический милиарный туберкулез легких. 3. Хронический крупноочаговый гематогенный туберкулез легких (гематогенный диссеминированный туберкулез легких).
29	Перечислите признаки гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких.	8	1. Преимущественное поражение кортикальных зон в верхушках легких. 2. Зеркальное расположение очагов поражения в обоих легких. 3. Продуктивный тип воспаления. 4. Сетчатый пневмосклероз. 5. Эмфизема. 6. Возможно развитие «очковых» каверн. 7. Наличие внелегочного туберкулезного очага. 8. Легочное сердце (гипертрофия правого сердца).
30	Какие формы органного туберкулеза преобладают в настоящее время?	2	1. Костно-суставной туберкулез. 2. Туберкулез мочеполовой системы (почек и половой системы).
31	Какая воспалительная тканевая реакция возникает в костях и почках в момент попадания микобактерии туберкулеза?	1	Продуктивная (развитие гранулем).
32	Назовите, какие кости поражаются чаще при туберкулезе?	2	1. Тела позвонков. 2. Эпифизы костей, образующие тазобедренный и коленный суставы.
33	Перечислите осложнения и неблагоприятные последствия	4	1. Распространение воспаления с костей на мягкие ткани (формирование

	костно-суставного туберкулеза.		«холодных натечников» и свищей). 2. Образование костных секвестров. 3. Деформация костей и суставов. 4. Нарушение подвижности суставов (анкилозы).
34	Дайте определение вторичного туберкулеза.	1	Туберкулез, развивающийся в организме взрослого человека, перенесшего ранее первичную инфекцию, которая обеспечила относительный иммунитет, но не оградила от возможности повторного заболевания.
35	Назовите особенности вторичного туберкулеза.	4	1. Наличие относительного иммунитета. 2. Избирательное легочное поражение. 3. Преимущественное контактное и интраканаликулярное распространение инфекции в организме. 4. Последовательная смена клиникo-морфологических форм, которые являются фазами туберкулезного процесса.
36	Укажите морфологические особенности изменений в легких при вторичном туберкулезе.	4	1. Ассиметрия поражения с типичной локализацией изменений в верхушке правого легкого. 2. Обязательное поражение бронхов. 3. Бронхогенное распространение микобактерии туберкулеза. 4. Формирование воспалительных изменений в легких, являющихся последовательными формами – стадиями.
37	Перечислите формы – стадии вторичного туберкулеза.	8	1. Острый очаговый. 2. Фиброзно-очаговый. 3. Инфильтративный. 4. Туберкулема. 5. Казеозная пневмония. 6. Острый кавернозный. 7. Фиброзно-кавернозный. 8. Цирротический.
38	Каковы основные морфологические изменения легких при остром очаговом туберкулезе?	3	1. Воспаление с казеозным некрозом стенки внутридолькового бронха. 2. Формирование нескольких небольших очагов казеозной брон-

			хопневмонии. 3. Типичное поражение верхушки правого легкого (I – II сегменты).
39	Как (по автору) называются очаги воспаления при остром очаговом туберкулезе легких?	1	Очаги Абрикосова.
40	Каковы основные морфологические изменения при фиброзно-очаговом туберкулезе легких?	3	1. Инкапсулированные (петрифицированные) очаги казеозной бронхопневмонии (очаги Ашофф-Пуля). 2. Свежие очаги казеозной бронхопневмонии (ацинозные, лобулярные). 3. Типичная локализация в верхушке правого легкого (I – II сегменты).
41	Как (по авторам) называются инкапсулированные (петрифицированные) очаги некроза при фиброзно-очаговом туберкулезе легких?	1	Ашофф-пулевские очаги.
42	Опишите морфологические изменения в легком при инфильтративном туберкулезе.	3	1. Очаги казеозной бронхопневмонии, сформированные при остром очаговом или фиброзно-очаговом туберкулезе. 2. Экссудативное воспаление ткани легкого вокруг казеозных очагов (перифокальное воспаление). 3. Типичное поражение верхушки правого легкого.
43	Как (по авторам) называется очаг воспаления при инфильтративном туберкулезе легких?	1	Очаг-инфильтрат Ассманна-Редекера.
44	Опишите морфологические изменения в легких, характерный для туберкулемы.	2	1. Очаг творожистого некроза 2-5 см в диаметре, окруженный тонкой фиброзной капсулой с умеренной лимфоидной инфильтрацией. 2. Типичная локализация в верхушке правого легкого (I – II сегментах).
45	Перечислите основные морфологические черты казеозной пневмонии как формы вторичного туберкулеза.	3	1. Наличие казеозно-пневмонических очагов с тенденцией к слиянию. 2. Поражение больших масштабов (до доли) чаще правого легкого. 3. Доминирование казеозных изменений над перифокальными.
46	Что такое каверна при туберкулезе?	1	Полость, сформированная на месте казеозного некроза.

47	Какие каверны выделяют по характеру течения?	2	1. Острая каверна. 2. Хроническая каверна.
48	Как образуется каверна при туберкулезе?	2	1. Расплавление и разжижение масс сухого (казеозного) некроза нейтрофильными лейкоцитами при бурной экссудации (обострении). 2. Опорожнение расплавленных масс некроза в бронх (чашечки и лоханки почек) и формирование полости.
49	Каково строение стенки острой каверны в легком?	2	1. Внутренний слой – массы некроза, обильно пропитанные нейтрофильными лейкоцитами. 2. Снаружи – ткань легкого с воспалительными изменениями.
50	Какие могут быть исходы острой каверны в легком?	4	1. Спадение краев и рубцевание. 2. Эпителизация каверны. 3. "Рост" каверны. 4. Переход в хроническую каверну.
51	Каково строение стенки хронической каверны?	3	1. Внутренний слой – массы некроза с нейтрофильными лейкоцитами. 2. Средний – грануляционная ткань. 3. Наружный слой – фиброзная ткань.
52	Назовите морфологические черты острого кавернозного туберкулеза легких.	4	1. Наличие острой туберкулезной каверны. 2. Типичная локализация в верхушке правого легкого (I – II сегменты).
53	Назовите основные морфологические черты фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.	5	1. Наличие хронической туберкулезной каверны. 2. Формирование разноплановых туберкулезных очагов в ткани легкого из-за бронхогенного обсеменения. 3. Пневмосклероз, бронхоэктазы. 4. Асимметрия поражения с началом поражения верхушки правого легкого и распространением на нижние отделы, затем левое легкое.
54	Укажите типичные черты цирротической формы туберкулеза легких.	3	1. Выраженное развитие соединительной ткани в легком. 2. Перестройка и деформация ткани легкого. 3. Наличие разноплановых очагов воспаления с казеозным некрозом.
55	Перечислите группы осложнений вторичного туберкулеза.	6	1. Постнекротические осложнения. 2. В связи с присоединением вторич-

			<p>ной инфекции.</p> <p>3. В связи со склерозом и перестройкой легочной ткани (гипертрофия и декомпенсация сердца).</p> <p>4. В связи с нарушением обмена веществ (вторичный амилоидоз).</p> <p>5. В связи с оперативным вмешательством.</p> <p>6. В результате обострения специфического процесса.</p>
56	Каковы причины смерти при вторичном туберкулезе?	5	<p>1. Хроническая легочно-сердечная недостаточность.</p> <p>2. Легочное кровотечение.</p> <p>3. Амилоидоз (чаще хроническая почечная недостаточность).</p> <p>4. Осложнения послеоперационного периода.</p> <p>5. В результате обострения специфического процесса.</p>
57	Что такое патоморфоз туберкулеза? Время его развития?	2	<p>1. Изменение картины болезни с положительной динамикой, уменьшением заболеваемости, снижением смертности и другими положительными проявлениями.</p> <p>2. 60-ые – 70-ые годы.</p>
58	Что такое «реверсия» туберкулеза? Время ее появления.	2	<p>1. Изменение картины болезни с отрицательной динамикой, увеличением заболеваемости, смертности, возврате («реверсии») к прежним тяжелым формам.</p> <p>2. 80-ые – 90-ые годы.</p>
59	Назовите основные черты современного туберкулеза в нашей стране.	9	<p>1. Рост заболеваемости (в том числе и у детей).</p> <p>2. Рост смертности.</p> <p>3. Повышение числа больных первичным туберкулезом.</p> <p>4. Увеличение удельного веса острых и прогрессирующих форм.</p> <p>5. Учащение диссеминированных (генерализованных) форм.</p> <p>6. Преобладание экссудативно-некротических реакций (гиперергии немедленного типа).</p> <p>7. Увеличение числа деструктивных</p>

		форм с развитием каверн. 8. Увеличение числа случаев казеозной пневмонии. 9. Рост числа специфических осложнений.
--	--	---

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки

1. Туберкулез. Этиология. Патогенез. Клинико-морфологические формы.
2. Дифференциальная клинико-морфологическая диагностика первичного, гематогенного и вторичного туберкулеза.
3. Морфологические проявления первичного туберкулезного комплекса, первичного аффекта, туберкулезного лимфангита и лимфаденита.
4. Морфологическая характеристика гематогенного туберкулеза: гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких, гематогенный туберкулез с преимущественными внелегочными поражениями.
5. Морфо-клиническая характеристика форм вторичного туберкулеза: острого очагового, фиброзно-очагового, инфильтративного, туберкулемы, казеозной пневмонии, острого кавернозного, фиброзно-кавернозного и цирротического туберкулеза.
6. Морфологические признаки заживления и прогрессирования туберкулезных очагов, осложнения первичного, гематогенного и вторичного туберкулеза. Причины смерти.

Домашнее задание. Перенесите таблицу в рабочую тетрадь и заполните ее

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПОНЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОМПЛЕКСА

Компонент	Макроскопическая картина	Микроскопическая картина
Аффект		
Лимфангит		
Лимфаденит		

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ЛИМФАДЕНИТЕ НЕКРОЗ
 - 1) влажный
 - 2) колликвационный

- 3) сухой
 - 4) гангрена
 - 5) фибриноидный
2. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД ПЕРВИЧНОГО НЕКРОЗА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ
- 1) влажный
 - 2) колликвационный
 - 3) сухой
 - 4) фибриноидный
 - 5) гангрена
3. ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ГРАНУЛЕМА ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ
- 1) макрофагальная
 - 2) эпителиоидноклеточная
 - 3) гигантоклеточная
 - 4) неспецифическая
 - 5) неиммунная
4. ЗАЖИВШИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ЛЕГОЧНЫЙ АФФЕКТ – ЭТО ОЧАГ
- 1) Абрикосова
 - 2) Гона
 - 3) Ашофф-Пуля
 - 4) Ассмана-Редеккера
 - 5) Симона
5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) гематогенная
 - 2) лимфожелезистая
 - 3) рост первичного аффекта
 - 4) милиарная
 - 5) гематогенная с преимущественным поражением легких
6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) выздоровление
 - 2) смерть
 - 3) переход в гематогенную форму
 - 4) переход во вторичный туберкулез
 - 5) развитие первичной хронической легочной чахотки
7. ПЕРВИЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ БОЛЕЮТ
- 1) дети
 - 2) молодые взрослые
 - 3) пожилые
 - 4) люди старческого возраста

- 5) различные возрастные группы
8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ФОРМА ГЕМАТОГЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) генерализованный гематогенный туберкулез
 - 2) милиарный туберкулез
 - 3) острейший милиарный сепсис
 - 4) гематогенный туберкулез с внелегочным поражением
 - 5) острый милиарный туберкулез
9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ФОРМА ГЕМАТОГЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ
- 1) острый милиарный туберкулез
 - 2) хронический милиарный туберкулез
 - 3) гематогенно-диссеминированный (крупноочаговый) туберкулез
 - 4) острый очаговый туберкулез
 - 5) фиброзно-очаговый туберкулез
10. ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ
- 1) у детей и подростков
 - 2) у новорожденных
 - 3) у взрослых
 - 4) в пожилом возрасте
 - 5) в старческом возрасте
11. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ ПРЕДСТАВЛЕН
- 1) очаговой казеозной пневмонией
 - 2) казеозной бронхопневмонией
 - 3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией
 - 4) туберкулезной гранулемой
 - 5) острой каверной
12. ТУБЕРКУЛЕМА – ЭТО
- 1) острая каверна при туберкулезе
 - 2) хроническая каверна при туберкулезе
 - 3) очаг творожистого некроза 2-5 см в диаметре в тонкой капсуле
 - 4) доброкачественная опухоль легкого
 - 5) острая каверна после опорожнения масс некроза
13. ОЧАГ АШОФФ-ПУЛЯ – ЭТО
- 1) свежая очаговая казеозная пневмония
 - 2) свежая очаговая казеозная бронхопневмония
 - 3) инкапсулированный первичный туберкулезный аффект
 - 4) инкапсулированный очаг Абрикосова
 - 5) очаг воспаления при инфильтративном туберкулезе

14. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) острый очаговый туберкулез
 - 2) фиброзно-очаговый туберкулез
 - 3) острый кавернозный туберкулез
 - 4) туберкулема
 - 5) казеозная пневмония
15. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ОЧАГОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

- 1) симметрично верхушки легких
- 2) нижние-задние отделы легких
- 3) верхушка правого легкого
- 4) верхушка левого легкого
- 5) средняя доля правого легкого

16. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ КАВЕРНЫ В ЛЕГКОМ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

- 1) переход в хроническую каверну
- 2) спадение краев и рубцевание
- 3) «рост» каверны
- 4) развитие пневмоторакса
- 5) легочное кровотечение из кровеносного сосуда в стенке каверны

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА, ВСТРЕЧАЕМАЯ НА ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ

- 1) острый очаговый туберкулез
- 2) фиброзно-очаговый туберкулез
- 3) туберкулема
- 4) острый кавернозный туберкулез
- 5) фиброзно-кавернозный туберкулез

Выберите несколько правильных ответов

18. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС В ЛЕГКОМ ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) очаговой казеозной пневмонией
- 2) очаговой казеозной бронхопневмонией
- 3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией
- 4) лимфангитом
- 5) лимфаденитом

19. ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ ОЧАГОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) организация
- 2) инкапсуляция
- 3) петрификация
- 4) формирование каверны
- 5) гнойное расплавление

20. ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
- 1) фиброзно-кавернозного туберкулеза
 - 2) лимфожелезистой формы
 - 3) роста первичного аффекта
 - 4) гематогенной формы
 - 5) инфильтративного туберкулеза
21. СМЕРТЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВОЗМОЖНА ПРИ
- 1) лимфожелезистой форме
 - 2) росте первичного аффекта
 - 3) гематогенной форме
 - 4) бронхадените
 - 5) хроническом течение первичного туберкулеза
22. ХРОНИЧЕСКИ ТЕКУЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) милиарным туберкулезом
 - 2) первичной хронической легочной чахоткой
 - 3) хронически текущей лимфожелезистой формой
 - 4) очагом Гона
 - 5) очагом Ассмана-Редекера
23. ДЛЯ ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОГО (ХРОНИЧЕСКОГО КРУПНООЧАГОВОГО) ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО
- 1) поражение верхушек легких
 - 2) зеркальное расположение очагов
 - 3) продуктивный тип воспаления
 - 4) сетчатый пневмосклероз в исходе
 - 5) левожелудочковая сердечная недостаточность
24. ГЕМАТОГЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ МОЖЕТ ПРОЯВИТЬ СЕБЯ КАК
- 1) острый кавернозный
 - 2) фиброзно-кавернозный
 - 3) милиарный
 - 4) крупноочаговый
 - 5) фиброзно-очаговый
25. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ФОРМЫ ГЕМАТОГЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
- 1) костно-суставной
 - 2) с поражением кожи
 - 3) с поражением глаз
 - 4) с поражением мочеполовой системы
 - 5) острейший туберкулезный сепсис
26. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) фиброз на месте очагов воспаления

- 2) петрификация очагов воспаления
- 3) деформация позвоночника с образованием горба
- 4) нарушение подвижности суставов
- 5) организация некроза

27. ОСЛОЖНЕНИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) фиброз на месте очагов воспаления
- 2) формирование секвестров
- 3) формирование «холодных натечников»
- 4) формирование свищей
- 5) организация некроза

28. К ФОРМАМ ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) острый очаговый туберкулез
- 2) фиброзно-очаговый туберкулез
- 3) очаг-инфильтрат Ассмана-Редекера
- 4) очаг Гона
- 5) цирротический туберкулез

29. ОСТРАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ КАВЕРНА В ЛЕГКОМ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ-ЗА

- 1) расплавления лейкоцитами масс творожистого некроза
- 2) опорожнения расплавленных масс некроза в бронх
- 3) рассасывания некроза с формированием полости
- 4) инкапсуляции очага сухого некроза
- 5) петрификации очага казеозного некроза

30. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ТИПИЧНО

- 1) развитие в организме взрослых
- 2) распространение микобактерии гематогенно
- 3) асимметрия поражения легких
- 4) последовательная смена форм – фаз поражения легкого
- 5) развитие при первичном инфицировании

31. ОСТРЫЙ ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

- 1) форма первичного туберкулеза
- 2) наиболее тяжелая форма туберкулеза
- 3) первая форма – фаза вторичного туберкулеза
- 4) характеризуется развитием очагов казеозной бронхопневмонии
- 5) характеризуется появлением множественных гранулем в легких

32. ИЗ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ РАЗВИВАЮТСЯ

- 1) туберкулема
- 2) инфильтративный туберкулез
- 3) острый кавернозный туберкулез
- 4) фиброзно-очаговый туберкулез
- 5) фиброзно-кавернозный туберкулез

33. ИЗ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ РАЗВИВАЮТСЯ
- 1) туберкулема
 - 2) острый кавернозный туберкулез
 - 3) гематогенно-диссеминированный туберкулез
 - 4) лимфожелезистая форма туберкулеза
 - 5) фиброзно-кавернозный туберкулез
34. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ
- 1) является формой гематогенного туберкулеза
 - 2) развивается из острого очагового туберкулеза
 - 3) развивается из фиброзно-кавернозного туберкулеза
 - 4) форма с доминированием экссудативного воспаления
 - 5) форма с доминированием казеозного некроза
35. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
- 1) множественные просовидные очаги
 - 2) воспаление с казеозным некрозом внутридолькового бронха
 - 3) небольшие очаги казеозной бронхопневмонии
 - 4) острая каверна
 - 5) пневмосклероз, бронхоэктазы
36. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ФИБРОЗНО-ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
- 1) множественные просовидные очаги
 - 2) инкапсулированные очаги творожистого некроза
 - 3) очаги казеозной бронхопневмонии
 - 4) хроническая каверна
 - 5) острая каверна
37. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
- 1) множественные просовидные очаги
 - 2) очаги казеозной бронхопневмонии
 - 3) экссудативные перифокальные изменения
 - 4) пневмосклероз, бронхоэктазы
 - 5) хроническая каверна
38. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
- 1) острая каверна
 - 2) выраженный пневмосклероз
 - 3) перестройка и деформация легкого
 - 4) разноплановые очаги воспаления с казеозным некрозом
 - 5) хроническая каверна
39. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ
- 1) хроническая легочно-сердечная недостаточность
 - 2) легочное кровотечение
 - 3) вторичный амилоидоз

- 4) острая почечная недостаточность
- 5) острая легочно-сердечная недостаточность

40. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

- 1) наличие хронической каверны
- 2) наличие острой каверны
- 3) бронхогенное распространение инфекции
- 4) асимметрия поражения легких
- 5) множественные просовидные очаги

41. ОСЛОЖНЕНИЯ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА, СВЯЗАННЫЕ С КАВЕРНОЙ ЛЕГКИХ

- 1) острая сердечная недостаточность
- 2) кровотечение
- 3) пневмоторакс
- 4) хроническая почечная недостаточность
- 5) хроническая сердечная недостаточность

42. «РЕВЕРСИЯ» ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшением заболеваемости и смертности
- 2) увеличением заболеваемости и смертности
- 3) уменьшением количества больных первичным туберкулезом
- 4) увеличение числа специфических осложнений
- 5) увеличением числа деструктивных форм

Правильные ответы

1-3)	12-3)	23-1) 2) 3) 4)	34-2) 4)
2-3)	13-4)	24-3) 4)	35-2) 3)
3-2)	14-5)	25-1) 4)	36-2) 3)
4-2)	15-3)	26-3) 4)	37-2) 3)
5-2)	16-2)	27-2) 3) 4)	38-2) 3) 4)
6-1)	17-5)	28-1) 2) 3) 5)	39-1) 2) 3)
7-1)	18-1) 4) 5)	29-1) 2)	40-1) 3) 4)
8-4)	19-1) 2) 3)	30-1) 3) 4)	41-2) 3)
9-3)	20-2) 3) 4)	31-3) 4)	42-2) 4) 5)
10-1)	21-2) 3)	32-2) 4)	
11-2)	22-2) 3)	33-1) 2)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. У ребенка 10-ти лет повышенная утомляемость, временами субфебрильная температура, ночные поты. После тщательного обследования, в том числе рентгенологического, постановки реакции Манту и других методов исследования диагноз лимфожелезистая форма туберкулеза (бронхаденит). Начато активное противотуберкулезное лечение.

1. Что такое бронхаденит?
2. Опишите микроскопические (гистологические) изменения лимфоузлов при туберкулезе.
3. Почему один из вариантов туберкулезного бронхаденита получил название опухолевидного?
4. Укажите осложнения, которые может давать туберкулезный бронхаденит.
5. Назовите изменения в лимфоузлах, развивающиеся при выздоровлении.
6. Уточните клинико-морфологическую форму туберкулеза у больного (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез).

2. Новорожденный ребенок постоянно находился с матерью, больной открытой формой туберкулеза. Быстро наступило заражение. Заболевание протекало с бурной тяжелой клинической картиной и смертельным исходом. На вскрытии в легких обнаружен первичный туберкулезный аффект, имеется увеличение лимфоузлов корня легкого, множественные милиарного типа очаги в легких, печени, почках, других органах.

1. Какая это форма прогрессирования первичного туберкулеза?
2. Что такое первичный туберкулезный аффект?
3. Опишите морфологию первичного туберкулезного аффекта в легком.
4. Что такое первичный туберкулезный комплекс?
5. Опишите гистологическое строение милиарных очагов в органах.
6. Объясните столь неблагоприятное течение туберкулеза у ребенка.
7. Перечислите клинико-морфологические особенности первичного туберкулеза.

3. У молодого человека диагностирован туберкулез левой почки. Выполнена операция нефрэктомия. Операционный материал доставлен в патологоанатомическое отделение. При морфологическом исследовании в почке обнаружены туберкулезные гранулемы, а также несколько полостей (каверн).

1. Уточните клинико-морфологическую форму туберкулеза у больного (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез).
2. Каким путем микобактерия туберкулеза попадает в почку? В какой период заболевания это происходит?
3. Опишите строение туберкулезной гранулемы.
4. Что такое каверна и как она образуется при туберкулезе почки?
5. Перечислите органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении микобактерии.
6. Почему больному с туберкулёзом почки показано оперативное лечение?

4. На вскрытие поступил труп умершего с диагнозом гематогенно-диссеминированный туберкулез легких после безуспешного лечения в специализированном стационаре. Смерть наступила от прогрессирования основного заболевания. В легких обнаружены разноплановые изменения, типичные для этой формы, а также легочное сердце.

1. Дайте определение гематогенного туберкулеза.

2. Укажите основные клинико-морфологические особенности гематогенного туберкулеза.

3. Какие разноплановые изменения в легких могли быть обнаружены на вскрытии у умершего с гематогенно-диссеминированным туберкулезом?

4. Что такое «легочное сердце»?

5. Объясните патогенез его развития при гематогенно-диссеминированном туберкулёзе легких?

6. В каком возрасте обычно развивается эта форма туберкулеза (дети, взрослые)?

5. Мужчина средних лет уже несколько месяцев жалуется на слабость, периодический субфебрилитет, однако за медицинской помощью не обращался. Прошел профилактическую флюорографию, при которой обнаружены изменения в верхних отделах правого легкого. Заподозрен вторичный туберкулез. После дополнительного обследования поставлен диагноз острый очаговый туберкулез легких.

1. Назовите клинико-морфологические особенности вторичного туберкулеза.

2. Опишите основные морфологические изменения в легком при остром очаговом туберкулезе.

3. Как по автору называются очаги воспаления в легком при остром очаговом туберкулезе?

4. Что будет происходить в очагах воспаления при заживлении?

5. В какие формы может перейти острый очаговый туберкулез легких при прогрессировании?

6. Оцените тяжесть поражения и прогноз при остром очаговом туберкулезе легких.

6. У мужчины средних лет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, иногда субфебрильную температуру. К врачам не обращался. После сильного переохлаждения почувствовал себя особенно плохо, температура тела 39°. После рентгенологического исследования с предварительным диагнозом инфильтративный туберкулез легких направлен в специализированный стационар.

1. Какая это клинико-морфологическая форма туберкулеза (первичный, гематогенный, вторичный)?

2. Опишите морфологические изменения в легких при инфильтративном туберкулезе.

3. Как по авторам, описавшим эту форму, называется очаг воспаления в легком?

4. Что будет происходить в очаге воспаления при заживлении?

5. Что будет происходить в очаге воспаления при прогрессировании?

6. Какие формы легочного туберкулеза могут развиваться из инфильтративного туберкулёза?

7. На судебно-медицинское вскрытие поступил труп мужчины 42-х лет, умершего от тяжелой травмы. Известно, что был судим и отбывал срок в испра-

вительном учреждении. На вскрытии в верхних отделах правого легкого обнаружены острые и хронические туберкулезные каверны, пневмосклероз, бронхоэктазы.

1. Какая это клинико-морфологическая форма туберкулеза (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез)?
2. Что такое каверна и как она образуется при туберкулезе легких?
3. Опишите строение стенки острой каверны.
4. Опишите строение стенки хронической каверны.
5. Назовите возможные осложнения, связанные с наличием каверн в легком.
6. Перечислите основные причины смерти при фиброзно-кавернозном туберкулезе.

8. У больного 62-х лет длительно текущий фиброзно-кавернозный туберкулез легких с наличием хронической каверны в верхушке правого легкого, имеется поражение и левого легкого, распространенные двухсторонние бронхоэктазы, пневмосклероз, эмфизема. В настоящее время появились симптомы хронической сердечно-легочной недостаточности.

1. Назовите основные морфологические черты фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.
2. Опишите строение стенки хронической каверны.
3. Какой отдел сердца наиболее поражен у больного, описанного в задаче?
4. Объясните патогенез хронической сердечно-легочной недостаточности у этого больного.
5. Перечислите группы осложнений вторичного туберкулеза.
6. Назовите причины смерти при вторичном туберкулезе.

9. Учение о туберкулезе имеет многолетнюю историю, в его развитие внесли вклад выдающиеся отечественные и зарубежные исследователи (А.И.Абрикосов, А.Ghon, G.Simon, L.Aschoff, H.Paul, H.Assmann, F.Redeker и многие другие). Их имена остались в названиях различных морфологических картин. Тем не менее, клинические и морфологические проявления этого заболевания подвержены постоянным изменениям, наблюдается патоморфоз, «реверсия» болезни.

1. Что такое очаг Гона?
2. Дайте его морфологическую характеристику.
3. Что такое очаги - отсева Симона (симоновские очаги)?
4. Дайте морфологическое описание очага-реинфекта Абрикосова.
5. Что такое ашофф-пулевские очаги?
6. При какой форме вторичного туберкулеза развивается очаг-инфильтрат Ассманна-Редекера?
7. Уточните морфологические изменения при этой форме.
8. Опишите патоморфоз туберкулеза. Что такое «реверсия» болезни?
9. Какая клинико-морфологическая форма туберкулеза доминирует в настоящее время в секционном материале?

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Выберите один правильный ответ

1. ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ГРАНУЛЕМА ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ
 - 1) макрофагальная
 - 2) эпителиоидноклеточная
 - 3) гигантоклеточная
 - 4) неспецифическая
 - 5) неиммунная

2. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД ПЕРВИЧНОГО НЕКРОЗА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ
 - 1) влажный
 - 2) колликвационный
 - 3) сухой
 - 4) фибриноидный
 - 5) гангрена

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ФОРМА ГЕМАТОГЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ
 - 1) острый милиарный туберкулез
 - 2) хронический милиарный туберкулез
 - 3) гематогенно-диссеминированный (крупноочаговый) туберкулез
 - 4) острый очаговый туберкулез
 - 5) фиброзно-очаговый туберкулез

Задание. Выберите несколько правильных ответов.

4. ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ ОЧАГОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРОИСХОДИТ
 - 1) организация
 - 2) инкапсуляция
 - 3) петрификация
 - 4) формирование каверны
 - 5) гнойное расплавление

5. ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
 - 1) фиброзно-кавернозного туберкулеза
 - 2) лимфожелезистой формы
 - 3) роста первичного аффекта
 - 4) гематогенной формы
 - 5) инфильтративного туберкулеза

6. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) фиброз на месте очагов воспаления
 - 2) петрификация очагов воспаления
 - 3) деформация позвоночника с образованием горба
 - 4) нарушение подвижности суставов
 - 5) организация некроза
7. К ФОРМАМ ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ
- 1) острый очаговый туберкулез
 - 2) фиброзно-очаговый туберкулез
 - 3) очаг-инфильтрат Ассмана-Редекера
 - 4) очаг Гона
 - 5) цирротический туберкулез
8. ОСТРАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ КАВЕРНА В ЛЕГКОМ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ-ЗА
- 1) расплавления лейкоцитами масс творожистого некроза
 - 2) опорожнения расплавленных масс некроза в бронх
 - 3) рассасывания некроза с формированием полости
 - 4) инкапсуляции очага сухого некроза
 - 5) петрификации очага казеозного некроза
9. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
- 1) наличие хронической каверны
 - 2) наличие острой каверны
 - 3) разноплановые туберкулезные очаги в легком
 - 4) асимметрия поражения легких
 - 5) множественные просовидные очаги
10. ОСЛОЖНЕНИЯ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА, СВЯЗАННЫЕ С КАВЕРНОЙ ЛЕГКИХ
- 1) острая сердечная недостаточность
 - 2) кровотечение
 - 3) пневмоторакс
 - 4) хроническая почечная недостаточность
 - 5) хроническая сердечная недостаточность

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Укажите компоненты первичного туберкулезного комплекса.

а) ... б) ... в) ...

12. Какова морфология первичного туберкулезного очага (аффекта) при локализации его в легких?

а) ...

13. Какие морфологические изменения остаются на месте заживших очагов первичного туберкулеза?

а) ... б) ... в) ...

14. Как может проявляться хронически текущий первичный туберкулез?

а) . . . б) . . .

15. *Задача.* На вскрытие поступил труп мужчины 47 лет с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез с двухсторонним поражением легких, наличием в них хронических каверн, распространенного пневмосклероза. Смерть наступила от хронической сердечно-легочной недостаточности.

1) Каково строение стенки хронической каверны при туберкулезе?

а) . . . б) . . . в) . . .

2) Укажите звенья развития хронической сердечной недостаточности при фиброзно-кавернозном туберкулезе с двухсторонним поражением и пневмосклерозом.

а) . . . б) . . . в) . . . г) . . .

Эталон

1-2)	4-1) 2) 3)	7-1) 2) 3) 5)	10-2) 3)
2-3)	5-2) 3) 4)	8-1) 2)	
3-3)	6-3) 4)	9-1) 3) 4)	

11. а) первичный очаг (аффект), б) лимфангит, в) лимфаденит.

12. а) очаговая, сначала экссудативная, затем казеозная пневмония.

13. а) фиброзные рубцы, б) очаги обызвествления, в) очаги костеобразования.

14. а) хронически медленно прогрессирующее течение лимфожелезистой формы, б) первичная хроническая легочная чахотка с развитием хронической легочной каверны.

15. *Задача.* а) внутренний слой – массы некроза с лейкоцитами, б) средний слой – грануляционная ткань с эпителиоидными и гигантскими многоядерными клетками, в) наружный слой – грубоволокнистая соединительная ткань.

2) а) редукция сосудистого русла легких из-за выраженного склероза,

б) развитие вторичной легочной гипертензии, в) гипертрофия правых отделов сердца (развитие «легочного сердца»), г) декомпенсация гипертрофированного сердца с развитием хронической сердечной недостаточности.

Занятие № 15

СЕПСИС. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Цель самостоятельной работы. Получить теоретические знания по патологической анатомии сепсиса, патологической анатомии ВИЧ-инфекции.

Конкретные задачи самостоятельной работы.

1. Запомнить определения, термины, используемые при описании сепсиса и ВИЧ-инфекции

2. Усвоить этиологию, патогенез, морфогенез и классификацию сепсиса и ВИЧ-инфекции.

3. Изучить морфологические изменения при различных формах сепсиса, при различных стадиях ВИЧ-инфекции.

4. Усвоить и понять причины смерти при сепсисе и ВИЧ-инфекции.

5. Усвоить патоморфоз сепсиса.

Задание для самоподготовки. Изучите тему занятия по рекомендуемой литературе, учебнику «Патологическая анатомия» Струков А.М., Серов В.В., под ред. В.С. Паукова, 6-е издание дополненное и переработанное, Москва, ГЕОТАР 2013, с. 691 – 697, 630 – 638. Обратитесь к материалам лекции, другим доступным источникам информации. Для лучшего усвоения знаний используйте «Базовые вопросы с ответами».

БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ С ОТВЕТАМИ

№	ВОПРОС	Р	ОТВЕТ
1	Дайте определение сепсиса.	1	Инфекционное заболевание, возникающее в связи с существованием в организме очага инфекции, характеризующееся генерализованным характером поражения и имеющее существенные отличия от других инфекций.
2	Назовите отличия сепсиса от других инфекций.	5	1. Полиэтиологичное заболевание. 2. Не заразен. 3. Иммуитет не вырабатывается. 4. Нет цикличности. 5. Нет специфического морфологического субстрата.
3	Что такое входные ворота при сепсисе?	1	Место проникновения инфекции в организм.
4	Что такое септический очаг?	1	Место размножения инфекта с формированием очага воспаления.
5	Каковы пути распространения инфекции из септического очага?	2	1. Лимфогенный. 2. Гематогенный.
6	Что относится к местным изменениям при сепсисе?	3	1. Наличие септического очага. 2. Регионарный лимфангит и лимфаденит. 3. Местный флебит, тромбофлебит.
7	Перечислите основные типы патологических изменений общего характера при сепсисе.	4	1. Воспалительные изменения в разных органах и тканях. 2. Дистрофические и некротические изменения паренхиматозных органов. 3. Гиперпластические изменения в

			лимфатической и кроветворной тканях. 4. Разнообразные нарушения кровообращения (геморрагический синдром, тромбоэмболический синдром, ДВС-синдром и др.).
8	По каким принципам можно классифицировать сепсис?	4	1. По этиологии. 2. По характеру входных ворот и локализации септического очага. 3. По течению. 4. По клинико-морфологическим особенностям.
9	Назовите формы сепсиса в рамках клинико-морфологической классификации.	4	1. Септицемия. 2. Септикопиемия. 3. Септический (бактериальный) эндокардит. 4. Хронический сепсис.
10	Дайте определение септицемии.	1	Форма сепсиса, для которой характерны выраженный токсикоз, гиперергия, отсутствие гнойных метастазов и быстрое бурное течение.
11	С каким микроорганизмом чаще связывают развитие септицемии?	1	Со стрептококком.
12	Перечислите основные морфологические изменения при септицемии.	6	1. Септический очаг выражен слабо или может отсутствовать. 2. Резко выраженный геморрагический синдром и другие нарушения кровообращения. 3. Гемолитическая желтуха. 4. Гиперплазия лимфоидной и кроветворной ткани (септическая селезенка и др.). 5. Межуточное воспаление паренхиматозных органов. 6. Тяжелые дистрофические и некротические изменения паренхиматозных органов.
13	С какими, главным образом, патогенетическими механизмами связано развитие геморрагического синдрома при сепсисе?	3	1. С интоксикацией, вызывающей повышение сосудистой проницаемости. 2. С распространенными васкулитами. 3. С анемией.

14	Какие патологические изменения возникают в селезенке при сепсисе?	1	Гиперплазия лимфоидных кроветворных клеток.
15	Опишите внешний вид септической селезенки.	4	1. Увеличена в размерах. 2. Дряблой консистенции. 3. Красного цвета. 4. Обильный соскоб пульпы.
16	Дайте определение септикопиемии.	1	Форма сепсиса, при которой ведущими являются гнойные процессы в воротах инфекции, бактериальная эмболия с образованием метастатических гнойников.
17	Какие микроорганизмы чаще вызывают септикопиемию?	2	1. Стафилококк. 2. Синегнойная палочка.
18	Назовите основные морфологические изменения, развивающиеся в организме при септикопиемии.	9	1. Выраженный септический очаг в воротах инфекции (фокус гнойного воспаления). 2. Регионарный септическому очагу гнойный лимфаденит и лимфаденит. 3. Регионарный гнойный тромбфлебит. 4. Метастатические гнойники в разных органах. 5. Гиперплазия лимфоидной и кроветворной ткани (септическая селезенка и др.). 6. Умеренное межлочечковое воспаление паренхиматозных органов. 7. Умеренная дистрофия паренхиматозных органов. 8. Нерезкие расстройства кровообращения. 9. Возможен тромбо-язвенный эндокардит и васкулиты (флебиты и др.).
19	Дайте определение септического (бактериального) эндокардита.	1	Форма сепсиса, для которой характерно септическое поражение клапанов сердца и выраженное иммунокомплексное повреждение сердечно-сосудистой системы и других органов.
20	Назовите наиболее частых возбудителей бактериального (септического) эндокар-	5	1. Стафилококки белый и золотистый. 2. Зеленающий стрептококк.

	дита в настоящее время.		3. Энтерококк. 4. Патогенные палочки (эшерихии, синегнойная палочка, клебсиелла). 5. Патогенные грибы.
21	Дайте классификацию септического эндокардита: а) по течению; б) по наличию фонового заболевания.	3 2	а) 1. Острый – около 2 недель. 2. Подострый – до 3 месяцев. 3. Затяжной (хронический) – многие месяцы и годы. б) 1. Первичный (20-30%). 2. Вторичный (70-80%).
22	Перечислите фоновые заболевания при септическом эндокардите.	4	1. Предшествующие ревматические поражения клапанов. 2. Атеросклеротические поражения. 3. Сифилитические. 4. Врожденные пороки сердца.
23	Какой тип ответных тканевых реакций характерен для септического эндокардита?	1	Альтеративно-продуктивный.
24	Назовите основные морфологические изменения в органах и тканях, развивающиеся при септическом эндокардите.	8	1. Тромбо-язвенный эндокардит (рассматривается в качестве септического очага). 2. Распространенные васкулиты (с тромбами, аневризмами, кровоизлияниями). 3. Геморрагический синдром. 4. Тромбоэмболический синдром (с инфарктами, некрозами, гангренами). 5. Межуточное воспаление в разных органах, особенно межуточный миокардит. 6. Иммунокомплексный гломерулонефрит. 7. Гиперпластические процессы в лимфоидной и кроветворной ткани (септическая селезенка и др.). 8. Умеренные дистрофические изменения паренхиматозных органов.
25	Какие морфологические изменения створок клапана сердца типичны для тромбо-язвенного эндокардита?	4	1. Обширные некрозы с изъязвлением 2. Тромботические наложения. 3. Воспалительные клеточные инфильтраты в створке.

			4. С течением времени – склеротические процессы.
26	Укажите, какие клапаны сердца поражаются при септическом эндокардите?	4	1. Аортальный (50%). 2. Аортальный и митральный (25-30%). 3. Митральный (10-15%). 4. Другие клапаны (5%).
27	Назовите основные проявления патоморфоза сепсиса.	5	1. Увеличение заболеваемости. 2. Уменьшение степени тяжести. 3. Уменьшение смертности. 4. Быстрое купирование воспалительных изменений с развитием склеротических процессов в связи с лечением антибиотиками. 5. Появление устойчивых к антибиотикам микробных форм.
28	Дайте определение ВИЧ-инфекции.	1	Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующееся развитием в финале заболевания тотального угнетения иммунной системы.
29	Назовите возбудителя ВИЧ-инфекции.	1	Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)
30	Укажите источники заражения.	2	1. Больной человек. 2. Вирусоноситель.
31	Как происходит заражение при ВИЧ-инфекции?	3	1. Половым путем. 2. Парентерально (при инъекциях). 3. Трансплацентарно (внутриутробно).
32	Перечислите периоды течения ВИЧ-инфекции.	4	1. Инкубационный – от нескольких недель до 10-15 лет. 2. Период персистирующей генерализованной лимфаденопатии – 3-5 лет. 3. ПреСПИД (СПИД ассоциированный комплекс) – несколько лет. 4. Период синдрома приобретенного иммунодефицита (манифестирующий СПИД) – около 2-х лет.
33	Каково ведущее звено в развитии иммунодефицита при ВИЧ-инфекции?	1	Поражение вирусом иммунокомпетентных клеток: Т4-лимфоцитов (хелперов) и макрофагов.

34	Назовите два варианта течения инкубационного периода при ВИЧ-инфекции.	2	1. Бессимптомное течение. 2. В течение нескольких недель возникают и проходят: лихорадка, увеличение лимфоузлов, иногда острый энцефалит.
35	Какие основные патологические изменения характерны для периода генерализованной лимфаденопатии?	1	Стойкое увеличение лимфоузлов различных групп.
36	Укажите основные патологические изменения, характерные для третьего периода ВИЧ-инфекции.	4	1. Лихорадка. 2. Лимфаденопатия. 3. Инфекционное поражение желудочно-кишечного тракта с диареей. 4. Наклонность к развитию вторичных инфекций (герпес, пиодермия, ОРВИ и др.).
37	Какие патологические изменения типичны для четвертого периода ВИЧ-инфекции?	2	1. Развитие оппортунистических инфекций. 2. Развитие опухолей (саркома Капоши, злокачественных лимфом и других).
38	Назовите морфологические изменения лимфоузлов при ВИЧ-инфекции: а) ранние; б) поздние.	3 2	а) 1. Гиперплазия (фолликулярная и паракортикальная). 2. Синус-гистиоцитоз. 3. Пролиферация эндотелия сосудов. б) 1. Истощение лимфоидной ткани. 2. Пролиферация эндотелия сосудов.
39	Какие инфекции принято называть оппортунистическими?	1	Инфекции, вызываемые условно патогенными (маловирулентными) возбудителями, которые могут развиваться только при снижении иммунитета.
40	Перечислите наиболее частых возбудителей оппортунистических инфекций.	4	1. Простейшие (пневмоцисты, токсоплазмы, криптоспоридии). 2. Грибы (рода кандиды, криптококки). 3. Вирусы (цитомегаловирусы, герпетические вирусы и др.). 4. Бактерии (микобактерии, легионеллы, сальмонеллы и др.).

41	Какие типичные клинические варианты течения ВИЧ-инфекции выделяют?	4	1. С легочным синдромом (80%). 2. С синдромом поражения центральной нервной системы (ЦНС). 3. С желудочно-кишечным синдромом. 4. Лихорадка неясного генеза.
42	Назовите изменения при легочном варианте течения ВИЧ-инфекции.	2	1. Тяжелые пневмонии (пневмоцистные, кандидозные и др.). 2. Саркома Капоши.
43	Укажите морфологические изменения в центральной нервной системе при ВИЧ-инфекции.	3	1. ВИЧ-энцефалит. 2. Поражения, связанные с оппортунистическими инфекциями (токсоплазмозом, криптококкозом, цитомегаловирусной инфекцией и др.). 3. Лимфомы ЦНС.
44	Какие инфекционные поражения желудочно-кишечного тракта типичны для ВИЧ-инфекции?	4	1. Кандидоз желудочно-кишечного тракта. 2. Цитомегаловирусная инфекция. 3. Криптоспоридоз. 4. Атипичная микобактериальная инфекция и др.
45	Какие изменения в организме обнаруживаются при "лихорадке неясного генеза»	2	1. Атипичная микобактериальная инфекция. 2. Лимфомы.
46	Перечислите особенности течения инфекций у больного с ВИЧ-инфекцией.	5	1. Тяжелое рецидивирующее течение. 2. Склонность к генерализации. 3. Склонность к выраженной альтерации (обширные некрозы). 4. Устойчивость к проводимой терапии. 5. Плохая рассасываемость экссудатов и склонность к организации.
47	Какие опухоли наиболее часто встречаются при ВИЧ-инфекции?	2	1. Саркома Капоши. 2. Злокачественные лимфомы.
48	Укажите причины смерти больных ВИЧ-инфекцией.	2	1. Инфекции. 2. Генерализация опухолей.

Вопросы, рекомендуемые для самоподготовки

1. Определение сепсиса, особенности, отличающие его от классических инфекций. Основные патогенетические моменты в развитии сепсиса.
2. Классификация и клинико-морфологические формы сепсиса.

3. Макроскопическая и микроскопическая характеристика местных и общих изменений при каждой клинико-морфологической форме сепсиса.

4. Прогноз и причины смерти при различных клинико-морфологических формах сепсиса.

5. Определение ВИЧ-инфекции. Основные патогенетические моменты в развитии этой инфекции.

6. Макроскопическая и микроскопическая характеристика различных стадий ВИЧ-инфекции.

7. Осложнения и причины смерти при ВИЧ-инфекции

Домашнее задание. Перенесите таблицу в рабочую тетрадь и заполните ее.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ

Параметры	Септицемия	Септикопиемия	Септический эндокардит
Входные ворота инфекции			
Местные изменения			
Геморрагический синдром			
Дистрофические и некротические изменения в органах			
Межуточное воспаление в органах			
Гиперплазия лимфоидной и кроветворной ткани			
Метастатические гнойники в органах			
Тромбо-язвенный эндокардит			
Распространенные васкулиты			

Проверьте свои знания с использованием заданий в тестовой форме.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один правильный ответ

1. ВХОДНЫЕ ВОРОТА ИНФЕКЦИИ ПРИ СЕПСИСЕ - ЭТО

- 1) место локализации септического очага
- 2) локализация первого метастатического абсцесса
- 3) регионарный лимфаденит
- 4) место проникновения инфекции в организм
- 5) место размножения инфекционного агента

2. СЕПТИЧЕСКИЙ ОЧАГ - ЭТО

- 1) место проникновения инфекции в организм
- 2) место размножения инфекта с формированием очага воспаления
- 3) регионарный гнойный лимфаденит

- 4) первый метастатический гнойный очаг
 - 5) любой фокус гнойного воспаления при сепсисе
3. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД ВОСПАЛЕНИЯ В СЕПТИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ПРИ СЕПТИКОПИЕМИИ
- 1) серозное
 - 2) гнойное
 - 3) катаральное
 - 4) крупозное
 - 5) продуктивное
4. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕПСИСА С БЫСТРЫМ БУРНЫМ ТЕЧЕНИЕМ
- 1) септицемия
 - 2) септикопиемия
 - 3) хронический сепсис
 - 4) септический эндокардит
 - 5) токсическая
5. ТИПИЧНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ СЕПТИЦЕМИИ
- 1) септическая селезенка
 - 2) множественные абсцессы в разных органах
 - 3) гнойное воспаление во входных воротах инфекции
 - 4) геморрагический синдром
 - 5) тромбо-язвенный эндокардит
6. ДЛЯ СЕПТИЧЕСКОГО (БАКТЕРИАЛЬНОГО) ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО
- 1) гнойное воспаление в воротах инфекции
 - 2) регионарный гнойный лимфаденит
 - 3) метастатические гнойники в разных органах
 - 4) гемолитическая желтуха
 - 5) тромбо-язвенный эндокардит и васкулиты
7. ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ПО-РАЖАЕТСЯ КЛАПАН
- 1) аортальный
 - 2) митральный
 - 3) сочетание аортального и митрального
 - 4) трехстворчатый
 - 5) клапаны легочной артерии
8. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛАПАННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ СЕПСИСЕ
- 1) острый бородавчатый эндокардит
 - 2) возвратно-бородавчатый эндокардит
 - 3) фибропластический

- 4) тромбо-язвенный
 - 5) диффузный вальвулит Талалаева
9. В КАЧЕСТВЕ СЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ РАССМАТРИВАЮТ
- 1) очаг гнойного воспаления в воротах инфекции
 - 2) тромбо-язвенный эндокардит
 - 3) распространенные васкулиты
 - 4) межучочный миокардит
 - 5) иммунокомплексный гломерулонефрит
10. СЕПТИЧЕСКАЯ СЕЛЕЗЕНКА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
- 1) гнойного воспаления ткани селезенки
 - 2) продуктивного воспаления ткани селезенки
 - 3) образования ишемических инфарктов
 - 4) гиперплазии клеточных элементов селезенки
 - 5) дистрофических изменений селезенки
11. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТКАНЕВАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ
- 1) гнойно-деструктивная
 - 2) серозно-геморрагическая
 - 3) альтеративно-продуктивная
 - 4) экссудативная
 - 5) геморрагическая
12. ПРИ СЕПТИЦЕМИИ СЕПТИЧЕСКИЙ ОЧАГ
- 1) плохо выражен или отсутствует
 - 2) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции
 - 3) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции
 - 4) локализуется в створках клапана сердца
 - 5) представлен тромбо-язвенным эндокардитом
13. ПРИ СЕПТИКОПИЕМИИ СЕПТИЧЕСКИЙ ОЧАГ
- 1) не может быть выявлен на вскрытии
 - 2) плохо выражен
 - 3) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции
 - 4) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции
 - 5) локализуется в створках клапанов сердца
14. ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ СЕПТИЧЕСКИЙ ОЧАГ
- 1) не может быть выявлен на вскрытии
 - 2) плохо выражен
 - 3) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции
 - 4) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции
 - 5) локализуется в створках клапанов сердца

15. НАЗОВИТЕ ФИНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
- 1) инкубационный
 - 2) пре-СПИД
 - 3) СПИД
 - 4) генерализованной лимфаденопатией
 - 5) СПИД –ассоциированный комплекс
16. ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ В ПОСЛЕДНЕЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
- 1) ателектазы
 - 2) эмфизема
 - 3) бронхоэктазы
 - 4) пневмония
 - 5) пневмосклероз
17. ЧАСТЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПНЕВМОНИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
- 1) пневмококки
 - 2) стафилококки
 - 3) пневмоцисты
 - 4) стрептококки
 - 5) патогенные палочки
18. ДЛЯ СПИДА ТИПИЧНЫ ИНФЕКЦИИ
- 1) контагиозные
 - 2) карантинные
 - 3) особо опасные
 - 4) трансмиссивные
 - 5) оппортунистические
19. РАЗВИТИЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ
- 1) высокой вирулентности возбудителя
 - 2) высокой патогенности возбудителя
 - 3) сниженной иммунной реакции организма
 - 4) хорошо выраженной иммунной реакции организма
 - 5) наличии генерализованной опухоли
20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
- 1) рабдомиосаркома
 - 2) остеосаркома
 - 3) саркома Капоши
 - 4) аденокарцинома желудка
 - 5) рак легкого
21. ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИНФЕКЦИИ
- 1) вызываемые крайне вирулентными возбудителями
 - 2) вызываемые крайне патогенными возбудителями
 - 3) вызываемые слабовирулентными возбудителями
 - 4) прионовые

5) антропозоонозные

Выберите несколько правильных ответов

22. МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПСИСЕ

- 1) септический очаг
- 2) регионарный лимфаденит
- 3) местный флебит и тромбофлебит
- 4) распространенные васкулиты
- 5) геморрагический синдром

23. ОБЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПСИСЕ

- 1) септический очаг
- 2) воспалительные изменения в органах
- 3) дистрофические и некротические изменения в органах
- 4) гиперпластические изменения кроветворной ткани
- 5) разнообразие нарушения кровообращения

24. К ОБЩИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ СЕПСИСЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) септический очаг
- 2) метастатические гнойники в органах
- 3) распространенные васкулиты
- 4) межлочное воспаление в паренхиматозных органах
- 5) септическая селезенка

25. ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ СЕПСИСА

- 1) по этиологии
- 2) по характеру входных ворот
- 3) по течению
- 4) по клинико-морфологическим особенностям
- 5) по распространенности

26. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СЕПСИСА

- 1) септицемия
- 2) тромбо-язвенный эндокардит
- 3) острейший милиарный сепсис
- 4) септикопиемия
- 5) септический эндокардит

27. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СЕПСИСА

- 1) токсическая
- 2) септическая
- 3) септицемия
- 4) септикопиемия
- 5) септический эндокардит

28. НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПТИКОПИЕМИИ

- 1) геморрагический синдром

- 2) гнойное воспаление в воротах инфекции
 - 3) межлужечное воспаление в органах
 - 4) гиперплазия лимфоидной и кровеносной ткани
 - 5) метастатические гноики в органах
29. ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ
- 1) врожденные пороки сердца
 - 2) ревматические поражения клапанов сердца
 - 3) ишемическая болезнь сердца
 - 4) ревматические миокардиты
 - 5) алкогольная кардиомиопатия
30. ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ
- 1) ревматические поражения клапанов
 - 2) атеросклеротические поражения клапанов
 - 3) изменения клапанов после перенесенного сифилиса
 - 4) врожденные пороки сердца
 - 5) алкогольная кардиомиопатия
31. ИММУНОКОМПЛЕКСНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ
- 1) септическая селезенка
 - 2) васкулиты
 - 3) метастатические гноики в органах
 - 4) дистрофические изменения паренхиматозных органов
 - 5) гломерулонефрит
32. ИЗМЕНЕНИЯ СТВОРОК КЛАПАНА ПРИ СЕПТИЧЕСКО (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ
- 1) некроз с изъязвлением
 - 2) тромботические наложения
 - 3) клеточные воспалительные инфильтраты
 - 4) формирование гранул
 - 5) мукоидное и фибриноидное набухание
33. ДЛЯ ВНЕШНЕГО ВИДА СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ СЕПСИСЕ ХАРАКТЕРНО
- 1) увеличение размеров
 - 2) дряблая консистенция
 - 3) красный цвет
 - 4) обильный соскоб
 - 5) на разрезе сальный вид
34. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
- 1) половой
 - 2) парентеральный (инъекционный)
 - 3) трансплацентарный

- 4) фекально-оральный
- 5) воздушно капельный

35. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ФИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) с легочным синдромом
- 2) с поражением центральной нервной системы
- 3) с желудочно-кишечным синдромом
- 4) лихорадка неясного генеза
- 5) с гепаторенальным синдромом

36. ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

- 1) тяжелое рецидивирующее течение
- 2) склонность к генерализации
- 3) выраженная альтерация
- 4) плохая рассасываемость экссудатов
- 5) хорошая рассасываемость экссудатов

37. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) инфекции
- 2) бактериальный шок
- 3) злокачественные лимфомы
- 4) острые нарушения мозгового кровообращения
- 5) декомпенсация гипертрофированного сердца

Правильные ответы

1-4)	11-3)	21-3)	31-2) 5)
2-2)	12-1)	22-1) 2) 3)	32-1) 2) 3)
3-2)	13-3)	23-2) 3) 4) 5)	33-1) 2) 3) 4)
4-1)	14-5)	24-2) 3) 4) 5)	34-1) 2) 3)
5-4)	15-3)	25-1) 2) 3) 4)	35-1) 2) 3) 4)
6-5)	16-4)	26-1) 4) 5)	36-1) 2) 3) 4)
7-1)	17-3)	27-3) 4) 5)	37-1) 3)
8-4)	18-5)	28-2) 5)	
9-2)	19-3)	29-1) 2)	
10-4)	20-3)	30-1) 2) 3) 4)	

Для закрепления полученных знаний решите типовые задачи.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. У женщины после криминального аборта, произведенного в антисанитарных условиях, внезапно высокий подъем температуры тела (42°), спутанность сознания, кровоизлияния в коже (геморрагический синдром). Несмотря на лечебные мероприятия, быстро наступила смерть. С диагнозом сепсис труп направлен на судебно-медицинское вскрытие.

1. О какой клинико-морфологической форме сепсиса идет речь?
2. Дайте определение этой формы сепсиса.
3. Как можно назвать такой сепсис по входным воротам инфекции?

4. Успел ли сформироваться септический очаг в воротах инфекции в данном случае?

5. Объясните патогенез развития геморрагического синдрома.

6. Какие изменения во внутренних органах, возможно, обнаружить на вскрытии при этой форме сепсиса?

2. В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной с обширной флегмоной мягких тканей бедра, развившейся на месте травмы. Ситуация осложнена тем, что у пациента сахарный диабет. Несмотря на интенсивное лечение, увеличались паховые лимфоузлы, выраженная лихорадка. Смерть наступила от сепсиса. На вскрытии обнаружены множественные абсцессы в легких, почках, печени, септическая селезенка.

1. Какая клинико-морфологическая форма сепсиса у умершего?

2. Дайте определение этой формы сепсиса.

3. Что в данном случае следует считать септическим очагом?

4. Почему увеличались паховые лимфоузлы?

5. Объясните патогенез развития множественных абсцессов в легких, почках, печени.

6. Что такое септическая селезенка, ее внешний вид? Какие патологические изменения в ней развиваются?

3. В больницу госпитализирован больной 44-х лет с диагнозом сепсис. Известно, что много лет имеет компенсированный ревматический порок сердца. Проводилась интенсивная терапия сепсиса, которая не дала положительного эффекта. Наступила смерть. На вскрытии обнаружен тромбо-язвенный эндокардит аортального клапана, распространенные васкулиты, инфаркт почки, септическая селезенка.

1. Какая клинико-морфологическая форма сепсиса у умершего?

2. Дайте определение этой формы сепсиса.

3. Что в данном случае нужно считать фоновым заболеванием?

4. Опишите микроскопические изменения аортального клапана.

5. Объясните патогенез развития васкулитов у умершего.

6. Объясните патогенез развития инфаркта почки.

7. Опишите типичные морфологические изменения в селезенке при сепсисе.

4. Больной обратился к врачу по поводу лихорадки, незначительной потери веса, диареи неясного происхождения. При осмотре обращало на себя внимание увеличение нескольких групп лимфоузлов (шейных, подмышечных, передних грудных). Назначено исследование на наличие ВИЧ-инфекции. Анализы оказались положительными.

1. Назовите стадии ВИЧ-инфекции.

2. В какие стадии ВИЧ-инфекции возможно увеличение лимфоузлов?

3. Опишите изменения, происходящие в лимфоузлах при ВИЧ-инфекции (ранние изменения и поздние)?

4. Дайте определение ВИЧ-инфекции.

5. Назовите возбудителя болезни.
6. Перечислите пути передачи инфекции.

5. Мужчина 32-х лет, гомосексуалист, доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Диагноз ВИЧ-инфекция. Известно, что болен давно, в течение многих лет получал адекватное лечение, однако последнее время оно перестало быть эффективным. В настоящее время имеется поражение желудочно-кишечного тракта, вызванное присоединением оппортунистической инфекции, кожная опухоль.

1. Какие стадии ВИЧ-инфекции вы знаете?
2. Какая стадия ВИЧ-инфекции у больного, описанного в задаче?
3. Объясните, почему у больного развилось инфекционное поражение желудочно-кишечного тракта.
4. Почему при ВИЧ-инфекции присоединившуюся вторичную инфекцию называют оппортунистической? Что означает этот термин?
5. Какая, видимо, кожная опухоль у больного?
6. Укажите особенности течения этой опухоли при ВИЧ-инфекции.
7. Перечислите наиболее частые причины смерти при ВИЧ-инфекции.

Познакомьтесь с примером контрольной работы, предлагаемой на практическом занятии.

Пример контрольной работы для проверки итогового уровня знаний

Задание. Выберите один правильный ответ

1. ТИПИЧНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ СЕПТИЦЕМИИ
 - 1) септическая селезенка
 - 2) множественные абсцессы в разных органах
 - 3) гнойное воспаление во входных воротах инфекции
 - 4) геморрагический синдром
 - 5) тромбо-язвенный эндокардит
2. ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ В ПОСЛЕДНЕЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
 - 1) ателектазы
 - 2) эмфизема
 - 3) бронхоэктазы
 - 4) пневмония
 - 5) пневмосклероз
3. ЧАСТЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПНЕВМОНИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
 - 1) пневмококки
 - 2) стафилококки
 - 3) пневмоцисты
 - 4) стрептококки
 - 5) патогенные палочки

4. ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИНФЕКЦИИ
- 1) вызываемые крайне вирулентными возбудителями
 - 2) вызываемые крайне патогенными возбудителями
 - 3) вызываемые слабовирулентными возбудителями
 - 4) прионовые инфекции
 - 5) антропозоонозные инфекции

Задание. Выберите несколько правильных ответов

5. МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПСИСЕ
- 1) септический очаг
 - 2) регионарный лимфаденит
 - 3) местный флебит и тромбофлебит
 - 4) распространенные васкулиты
 - 5) геморрагический синдром
6. ОБЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПСИСЕ
- 1) септический очаг
 - 2) воспалительные изменения в органах
 - 3) дистрофические и некротические изменения в органах
 - 4) гиперпластические изменения кроветворной ткани
 - 5) разнообразие нарушения кровообращения
7. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СЕПСИСА
- 1) токсическая
 - 2) септическая
 - 3) септицемия
 - 4) септикопиемия
 - 5) септический эндокардит
8. НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПТИКОПИЕМИИ
- 1) геморрагический синдром
 - 2) гнойное воспаление в воротах инфекции
 - 3) межуточное воспаление в органах
 - 4) гиперплазия лимфоидной и кроветворной ткани
 - 5) метастатические гнойники в органах
9. ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ
- 1) врожденные пороки сердца
 - 2) ревматические поражения клапанов сердца
 - 3) ишемическая болезнь сердца
 - 4) ревматические миокардиты
 - 5) алкогольная кардиомиопатия
10. ИЗМЕНЕНИЯ СТВОРОК КЛАПАНА ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ (БАКТЕРИАЛЬНОМ) ЭНДОКАРДИТЕ
- 1) некроз с изъязвлением

- 2) тромботические наложения
- 3) клеточные воспалительные инфильтраты
- 4) формирование гранулем
- 5) мукоидное и фибриноидное набухание

Задание. Дайте ответы на вопросы

11. Что относится к местным изменениям при сепсисе?

а) ... б) ... в) ...

12. Перечислите морфологические изменения общего характера при сепсисе.

а) ... б) ... в) ... г) ...

13. *Задача.* Мужчина 47 лет находится в терапевтическом стационаре на лечении с диагнозом септический эндокардит, подострого течения. Состояние тяжелое, имеется поражение аортального клапана, миокардит, гломерулонефрит, в одной из почек инфаркт.

1) Перечислите морфологические изменения створок аортального клапана у больного.

а) ... б) ... в) ... г) ...

2) Как вы назовете морфологическую форму такого эндокардита?

а) ...

3) Что принято рассматривать в качестве септического очага при этой форме сепсиса?

а) ...

4) Каков патогенез миокардита и гломерулонефрита при этой форме сепсиса?

а) ...

5) Как можно объяснить развитие инфаркта почки?

а) ...

Эталон

1-4)	4-3)	7-3) 4) 5)	10-1) 2) 3)
2-4)	5-1) 2) 3)	8-2) 5)	
3-3)	6-2) 3) 4) 5)	9-1) 2)	

11. а) септический очаг, б) регионарный лимфаденит, в) регионарный флебит (тромбофлебит).

12. а) воспалительные изменения в органах и тканях, б) дистрофические и некротические изменения, в) гиперпластические изменения лимфатической и кроветворной ткани, г) разнообразные нарушения кровообращения.

13. *Задача.* 1) а) обширные некрозы створок клапана с формированием язв, б) тромботические наложения, в) воспалительные клеточные инфильтраты, г) разрастание соединительной ткани.

2) а) тромбо-язвенный эндокардит.

3) а) воспалительные изменения эндокарда (чаще створок клапана).

4) а) иммунокомплексное поражение миокарда и почечных клубочков.

5) а) инфаркт почки видимо развился из-за тромбоэмболии.