

## ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ ПО ПАТОЛОГИИ ДЛЯ ОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ (2 КУРС)

**ЗАДАЧА №1.** У больной с ожирением пальпируется увеличенная печень.

1. Перечислите макроскопические изменения в печени, ее образное название.

2. Укажите микроскопические изменения, обнаруживаемые в пунктате печени.

1. Образное название “гусиная печень”. Макроскопически печень при жировой дистрофии - большая, дряблая, глинистого вида.

2. Наличие капель жира в цитоплазме гепатоцитов, преимущественно в периферических отделах долек.

**ЗАДАЧА №2.** Больная с ожирением, развившимся вследствие неподвижного образа жизни и употребления большого количества пищи, богатой жирами и углеводами, жалуется на чувство тяжести в правом подреберье, иногда тошноту и горечь во рту. Пальпируется увеличенная печень.

1. Назовите патологический процесс, развившийся в печени.

2. Какие морфогенетические механизмы его развития?

1. Патологический процесс развившийся в печени - жировая дистрофия- нарушение обмена веществ.

2. Морфогенетические механизмы: инфильтрация, трансформация.

**ЗАДАЧА №3.** Больной 70 лет, страдавший атеросклерозом, отмечал боли в правой нижней конечности, усиливающиеся при ходьбе. Постепенно ткани первого пальца стопы стали темно-бурого цвета, кожа сухая, морщинистая, граница между пораженным участком и окружающими тканями четкая.

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

2. Укажите разновидность этой формы.

1. Клинико- морфологическая форма некроза - гангрена

2. Разновидность - сухая гангрена

**ЗАДАЧА №4.** Больному удалена доля легкого по поводу хронического бронхита, осложнившегося развитием бронхоэктазов. При гистологическом исследовании удаленного легкого в стенке бронха найдено хроническое воспаление, слизистая оболочка бронха покрыта многослойным плоским эпителием.

1. Как называется приспособительный процесс, характеризующий изменения эпителия бронхов?

2. Дайте определение этому процессу.

1. Приспособительный процесс - метаплазия

2. Метаплазия (от греч. Metaplasso - превращать) -переход одного вида ткани в другой, родственной ей вид. Метаплазия чаще встречается в эпителии и соед. ткани, реже - в других тканях. Этому процессу способствует хроническое воспаление.

**ЗАДАЧА №5.** У больного, страдавшего атеросклерозом и умершего от повторного инфаркта миокарда, при патологоанатомическом вскрытии найдены свежие обтурирующие тромбы в левых почечной и бедренной артериях.

1. Каковы причины тромбообразования.

2. Отличие тромба от посмертного сгустка крови.

1. Причины тромбообразования: изменение свойств сосудистой стенки; нарушение состояния крови; расстройства кровотока в сосудах.

2. В отличие от посмертного сгустка тромб имеет гофрированную (неровную) поверхность, плотную консистенцию, сухой, прикреплен к стенке сосуда. Посмертные сгустки эластичной консистенции, блестящие, лежат свободно в просвете сосудов и полостях сердца.

**ЗАДАЧА №6.** У больного после перенесенного обширного инфаркта миокарда развилась хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, которая явилась причиной смерти. На вскрытии, кроме увеличенной печени, множество мелких кровоизлияний в коже и слизистых оболочках.

1. Макроскопический вид печени на вскрытии, ее образное название.

2. Какие изменения при микроскопическом исследовании находят в центре и на периферии печеночных долек?

1. Макроскопический вид печени: печень при хроническом венозном застое увеличена, плотная, края закруглены, поверхность разреза пестрая, серо - желтая с темно - красным крапом, напоминает мускатный орех, поэтому такую печень называют мускатной.

2. При микроскопическом исследовании видно, что полнокровны лишь центральные отделы долек, где гепатоциты разрушены; эти отделы на разрезе печени выглядят темно - красными. На периферии долек клетки печени находятся в состоянии дистрофии, часто жировой, чем объясняется серо - желтый цвет печеночной ткани.

**ЗАДАЧА №7.** Больной обратился в поликлинику по поводу сильных болей во втором пальце кисти. Врач обнаружил покраснение и отек пальца, на ногтевой фаланге – очаг округлой формы зеленоватого цвета. При вскрытии очага выделилось содержимое сливкообразной консистенции, образовалась полость.

1. Назовите клинко-морфологическую форму воспаления.

2. Какой вид данного воспаления развился на пальце?

1. Клинко- морфологическая форма воспаления: экссудативное воспаление

2. Вид воспаления - абсцесс

**ЗАДАЧА №8.** На вскрытии трупа умершего от туберкулеза в легких и печени обнаружено множество бело-желтых бугорков (гранул) величиной с просынное зерно.

1. Укажите вид данного воспаления.

2. Какое гистологическое строение имеют бугорки?

1. Гранулематозное воспаление - один из видов пролиферативного воспаления

2. Туберкулезная гранулема имеет след. строение: в центре нее расположен очаг некроза, по периферии - вал из эпителиоидных клеток и лимфоцитов с примесью макрофагов и плазматических клеток. Между эпителиоидными клетками и лимфоцитами располагаются гигантские клетки Пирогова - Лангханса, которые весьма типичны для туберкулезной гранулемы.

**ЗАДАЧА №9.** У ребенка появились: резкая боль при глотании, выраженный отек шеи, температура тела повысилась до 39°C. На миндалинах бело-желтые пленки, снимающиеся с большим трудом. Резко выражены признаки общей интоксикации.

1. О каком заболевании идет речь?

2. Какой процесс лежит в основе местных проявлений этого заболевания?

1. Заболевание - дифтерия

2. В основе местных проявлений этого заболевания лежит процесс - дифтеритическая ангина.

**ЗАДАЧА №10.** У больного при гастроскопии в области малой кривизны желудка обнаружено опухолевое образование диаметром 1,5 сантиметра на ножке. Удаленная опухоль четко отграничена от окружающих тканей, мягко-эластичной консистенции, на разрезе серо-розового цвета, напоминает слизистую оболочку желудка.

1. О какой опухоли идет речь, назовите ее?

2. Доброкачественная она или злокачественная?

1. Опухоль - аденома

2. Аденома - доброкачественная опухоль, происходящая из железистого (но не всегда — аденомы щитовидной железы исходят из фолликулярного эпителия) эпителия. Встречается во всех органах, где представлен железистый эпителий.

**ЗАДАЧА №11.** У больного, который долго курил и страдал хроническим бронхитом, обнаружена опухоль легкого. Произведено хирургическое удаление опухоли. Она представлена округлым бугристым образованием до 4 сантиметров в диаметре, серо-розового цвета, с нечеткими границами, прорастает стенку бронха. При микроскопическом исследовании обнаружены пласты атипического плоского эпителия среди хорошо развитой стромы.

1. Дайте название опухоли.

2. Доброкачественная она или злокачественная?

1. Название опухоли - плоскоклеточный рак

2. Злокачественная опухоль

**ЗАДАЧА №12.** В толще кожи шеи обнаружен подвижный опухолевый узел, хорошо отграниченный от окружающих тканей. На разрезе опухоль представлена белесоватой тяжистой тканью и заключена в капсулу. При микроскопическом исследовании обнаружен хаотично переплетающиеся пучки коллагеновых волокон с небольшим количеством клеток.

1. Назовите опухоль.

2. Доброкачественная она или злокачественная?

1. Название опухоли - фиброма
2. Доброкачественная мезенхимальная опухоль

**ЗАДАЧА №13.** Больной поступил в клинику с жалобами на жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в левую лопатку и левую руку, не снимающиеся приемом нитроглицерина.

1. Каков предполагаемый диагноз, обоснуйте.

2. Проведите дифференциальную диагностику приступа стенокардии и инфаркта миокарда.

1. Предполагаемый диагноз - инфаркт миокарда, т.к. не снимается приемом нитроглицерина.

2. = Дифференциальная диагностика приступа стенокардии и инфаркта миокарда. =

Инфаркт миокарда	Приступ стенокардии
Боль не снимается приемом нитроглицерина	Боль снимается приемом нитроглицерина
Боль продолжается и не снижает интенсивность более 20 минут	В среднем боль длится 3 – 5 минут
Боль не снижается в покое, при прекращении физ.нагрузки/эмоциональном расслаблении.	Боль снижается в покое, при прекращении физ.нагрузки/эмоциональном расслаблении.

**ЗАДАЧА №14.** Больной 50 лет поступил с обширным инфарктом миокарда. Из анамнеза известно, что страдает гипертонической болезнью. В последние годы прогрессирует почечная недостаточность. Несмотря на интенсивную терапию, больной умер от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

1. Каковы изменения в почках при гипертонической болезни.

2. Как называется такая почка?

1. Почечная форма ГБС проявляется склерозом стенок мелких артерий, что приводит к развитию нефросклероза - “первично - сморщенной почки”: участки, плохо снабжаемые кровью, атрофируются, западают, а рядом сохранившиеся участки компенсаторно гипертрофируются, выбухают, что и обуславливает их неровную зернистую поверхность. Почка выглядит маленькой, бледной, с истонченным корковым веществом.

2. Такая почка называется - “первично - сморщенная почка”.

**ЗАДАЧА №15.** Больной 55 лет, во время физической нагрузки почувствовал резкую боль за грудиной, иррадиирующую в левую руку. Прием нитроглицерина улучшил состояние больного, через 2-3 минуты боль отпустила.

1. Каким заболеванием страдает больной, обоснуйте.

2. Какое заболевание, имеющее сходную симптоматику можно заподозрить у больного.

1. Заболевание - стенокардия, т.к. боль снимается приемом нитроглицерина.

2. У больного можно заподозрить инфаркт миокарда.

**ЗАДАЧА №16.** Больной 70 лет, находился в клинике по поводу ишемической болезни сердца. Несколько лет назад перенёс ишемический инфаркт миокарда. Внезапно у него появились резкие боли в животе, слабость, вскоре больной потерял сознание. Пульс нитевидный. При экстренной лапаротомии обнаружено мешковидное выпухание в брюшном отделе аорты и большое количество жидкой крови в брюшной полости.

1. Назовите и опишите патологический процесс, который развился в аорте.

2. Для какого заболевания характерно развитие такого процесса в брюшном отделе аорты?

1. В аорте развилось местное артериальное полнокровие. Анемия - как следствие ишемического инфаркта миокарда. Гиперемия после анемии (постанемическая) Это следствие быстрого перераспределения крови, возникающего после ликвидации предшествующей анемии большими массами жидкости (классический вариант- асцит с накоплением жидкости в брюшной полости), огромной опухолью. В момент ликвидации причины анемии кровь быстро устремляется в сосуды, вызывает переполнение их, значительное расширение, гиперемиию, что может привести к разрыву сосуда в месте гиперемии, кровотечению и малоокровию других участков тела.

2. Асцит (др.-греч. — водянка, от — мех для хранения жидкости), брюшная водянка — скопление свободной жидкости в брюшной полости. Количество её может достигать 25 л.

**ЗАДАЧА №17.** Мужчина 32 лет после резкого охлаждения почувствовал слабость, одышку, боли при дыхании в правой половине грудной клетки; температура тела 39°C. При обследовании выявлено притупление перкуторного звука, отсутствие дыхания в области нижней доли правого легкого, шум трения плевры. Лечение эффекта не дало, смерть наступила через неделю от начала заболевания при явлениях легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии - нижняя доля правого легкого плотной консистенции, на разрезе ткань легкого безвоздушная, серого цвета, плотной консистенции, в 9-10 сегментах определяется округлая полость, заполненная гноем, на плевре - наложения фибрина.

1. Какое заболевание развилось у больного?

2. Какая стадия заболевания имела место на вскрытии?

1. У больного развилась крупозная пневмония.

2. Стадия серого опеченения.

**ЗАДАЧА №18.** В клинику поступил мужчина 51 года с жалобами на одышку, кашель с обильной мокротой. Заболел 30 лет назад, все это время много курил. При рентгеноскопии в легких обнаружены: эмфизема, мешотчатые и цилиндрические расширения бронхов. Границы сердца расширены за счет правого желудочка. Пальцы имели вид барабанных палочек. В стационаре появились симптомы нарастающей почечной недостаточности и больной умер от гиперазотемической уремии.

1. Какое легочное заболевание имело место у больного?

2. Какие изменения в легких обнаружены при вскрытии?

1. У больного развилась бронхоэктатическая болезнь.

2. Изменения в легких обычно бывают множественными, поверхность разреза легкого при этом имеет мелкоячеистый вид, такое легкое называют сотовым, т.к. оно напоминает пчелиные соты.

**ЗАДАЧА №19.** Больной страдал язвенной болезнью с периодическими обострениями. Внезапно появилась резкая боль в эпигастральной области с иррадиацией в плечо, холодный пот, бледность кожных покровов. При пальпации отмечено резкое напряжение мышц передней брюшной стенки.

1. Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного?

2. Какие слои различают в дне язвы в период ее обострения?

1. У больного развилось прободение.

2. Видна зона фибриноида, ниже - “молодая” грануляционная ткань, на массах старой рубцовой ткани.

**ЗАДАЧА №20.** При поступлении в гастроэнтерологическое отделение у больного диагностирован цирроз печени. Из анамнеза известно, что пять лет назад он перенес тяжелую форму вирусного гепатита В. При лапароскопии печень уменьшена в размерах, плотная, поверхность неравномерно бугристая за счет наличия множества узлов, диаметром около 5 сантиметров.

1. Какой макроскопический вариант цирроза печени обнаружен у больного?

2. Каковы микроскопические особенности этого вида цирроза печени?

1. Макроскопический вариант - крупноузловой цирроз печени.

2. Микроскопические особенности - паренхима представлена ложными дольками, разделенными массивными полями соединительной ткани, в которых отмечается сближение триад. В гепатоцитах белковая и жировая дистрофия, а также извращенная регенерация.

**ЗАДАЧА №21.** Больной, страдающий хроническим алкоголизмом, неоднократно отмечал развитие желтухи после употребления больших доз алкоголя. В стационаре, куда он поступал, при исследовании пунктата печени диагностировали повторные атаки острого алкогольного гепатита. При объективном исследовании на передней брюшной стенке отмечено резкое расширение поверхностных вен; при пальпации печень плотной консистенции, передний край ее бугристый.

1. Какой патологический процесс развился в печени у больного?

2. Опишите микроскопическую картину изменений в печени.

1. У больного развился цирроз печени.

2. Формирование ложных долек, разделенных узкими фиброзными септами, преобладание жировой дистрофии гепатоцитов.

**ЗАДАЧА №22.** Больной заболел остро после переохлаждения. Отмечено высокое артериальное давление, гематурия, отеки на лице, нарастали явления почечной недостаточности. Спустя полгода от начала заболевания больной умер. На вскрытии: почки увеличены, дряблые, на разрезе корковый слой желто-серый с красным крапом, пирамиды темно-красные.

1. Какое заболевание возникло у больного?

2. Как макроскопически называют такую почку? В каких структурах почки нужно искать микроскопические изменения?

1. У больного возник подострый гломерулонефрит.

2. Макроскопически такую почку называют - большой пестрой почкой.

Микроскопические изменения нужно искать в полости капсулах и гломерулах (клубочках почек).

**ЗАДАЧА №23.** При осмотре пострадавшего в результате аварии была обнаружена глубокая рана на предплечье из которой толчками вытекала темная кровь.

1. Какой это вид кровотечения, обоснуйте.

2. Укажите объем первой медицинской помощи при остановке кровотечения.

1. Это венозное кровотечение, т.к. из раны толчками вытекала темная кровь.

2. Для остановки кровотечения нужно наложить на рану давящую асептическую повязку. При продолжении кровопотери необходимо провести наложение жгута ниже поврежденного места. Чтобы меньше травмировать мягкие ткани и кожу, на них (под жгут) кладут мягкую прокладку. Необходимо сделать записку с указанием времени наложения жгута. Жгут должен бросаться в глаза. Максимальное время ношения жгута - 120 мин в теплое время и 90 мин при минусовой температуре. Дольше этого времени жгут держать нельзя, иначе начнется отмирание обескровленных тканей. При отсутствии жгута можно сделать закрутки из подручных средств: бинт, пояс, полотенце, кусок ткани с применением ручки и короткой палки. При превышении указанного времени жгут нужно раскрутить на 5-10 мин, крепко прижать рану ладонью через повязку. Ослабление жгута нужно повторять каждые полчаса. Больше 1,5-2 часа жгут/закрутку на конечности держать нельзя.

**ЗАДАЧА №24.** Ребенок упал с велосипеда и ударился коленкой. На коленке появились капельки крови, которые постепенно сливались в крупные капли.

1. Укажите вид кровотечения, обоснуйте.

2. Укажите объем первой помощи при остановке кровотечения.

1. Капиллярное кровотечение, т.к. капельки крови постепенно сливались в крупные капли.

2. В первую помощь при данном кровотечении входит обработка спиртовым антисептиком (йодом) краев раны, на которую накладывают асептическую марлевую повязку. Повязка не должна быть тугой. Обычно при капиллярном кровотечении нет необходимости обращаться в больницу, исключения составляют ситуации, когда повреждения обширны.

**ЗАДАЧА №25.** При осмотре пострадавшего на месте происшествия, обнаружена рана на бедре из которой фонтаном хлещет алая кровь.

1. Какой это вид кровотечения, обоснуйте.

2. Укажите объем первой помощи при данном виде кровотечения.

1. Артериальное кровотечение, т.к. из раны истекала фонтаном алая кровь.

2. Первая помощь при данном кровотечении заключается в наложении кровоостанавливающего жгута выше уровня раны. Также можно применять закрутку. Чтобы меньше травмировать мягкие ткани и кожу, на них (под жгут) кладут мягкую прокладку. Необходимо сделать записку с указанием времени наложения жгута. Жгут должен бросаться в глаза. Максимальное время ношения жгута - 120 мин в теплое время и 90 мин при минусовой температуре. Дольше этого времени жгут держать нельзя, иначе начнется отмирание обескровленных тканей. При отсутствии жгута можно сделать закрутки из подручных средств: бинт, пояс, полотенце, кусок ткани с применением ручки и короткой палки. При превышении указанного времени жгут нужно раскрутить на 5-10 мин, крепко прижать рану ладонью через повязку. Ослабление жгута нужно повторять каждые полчаса. Больше 1,5-2 часа жгут/закрутку на конечности держать нельзя. При отсутствии жгута или закрутки можно остановить кровотечение, прижав пальцем артерию выше поврежденного участка, т.е. в точке пульсации. Остановка кровотечения фиксирование конечности в положении максимального сгибания в тазобедренном суставе.

**ЗАДАЧА №26.** Мужчина 45 лет получил травму в автомобильной аварии. Без сознания. Кожные покровы бледные. Пульс на сонной артерии не определяется. Дыхание не прослушивается, зрачки на свет не реагируют.

1. Оцените состояние пострадавшего.

2. Укажите объем первой помощи пострадавшему.

1. У пострадавшего клиническая смерть.

2. Пострадавшего укладывают на твердую ровную поверхность, запрокидывают голову, под плечи кладут валик, сделанный из подручного материала (сумка, куртка). Нижнюю челюсть выдвигают вперед, обернутыми тканью пальцами очищают дыхательные пути от слизи, рвотных масс, удаляют имеющиеся инородные тела, вставные челюсти. Проводят непрямой массаж сердца в сочетании с искусственным дыханием рот в рот. Соотношение компрессий и вдохов должно составлять 15:2 соответственно независимо от количества реаниматоров. Скорость массажа – 100-120 толчков/минуту. После восстановления пульса пациента укладывают на бок, контролируют его состояние до приезда медиков. Клиническая смерть может повториться.

**ЗАДАЧА №27.** При падении на улице в гололед, мужчина почувствовал резкую боль в правой стопе. При осмотре: опора на больную ногу невозможна, стопа отечная, синюшная, резко болезненная. При пальпации определяется хруст, видна небольшая деформация стопы.

1. Определите, какой вид травмы у больного, обоснуйте.

2. Укажите объем первой помощи при данной травме.

1. У больного перелом костей, т.к. при пальпации определяется хруст.

2. Одежду и обувь на пострадавшем не снимают, т.к. служат мягкой прокладкой. Обездвижить поврежденный участок тела; главное ср-во при этом - шина (при отсутствии - подручные ср-ва: палки, доски, зонты и т.п.). дать выпить обезболивающее ср-во (2 таб.анальгина, 15-20 капель корвалола).

**ЗАДАЧА №28.** Пострадавший доставлен через полчаса с места травмы машиной скорой помощи. Из анамнеза: произошел порез левого предплечья во время работы в

огороде на даче. Врач скорой помощи остановил кровотечение давящей повязкой. При ревизии раны началось струйное пульсирующее кровотечение, кровь темная.

1. Какой вид кровотечения имеет место, обоснуйте.

2. Укажите объем первой помощи при остановке кровотечения.

1. Это венозное кровотечение, т.к. из раны толчками вытекала темная кровь.

2. Для остановки кровотечения нужно наложить на рану давящую асептическую повязку. При продолжении кровопотери необходимо провести наложение жгута ниже поврежденного места. Чтобы меньше травмировать мягкие ткани и кожу, на них (под жгут) кладут мягкую прокладку. Необходимо сделать записку с указанием времени наложения жгута. Жгут должен бросаться в глаза. Максимальное время ношения жгута - 120 мин в теплое время и 90 мин при минусовой температуре. Дольше этого времени жгут держать нельзя, иначе начнется отмирание обескровленных тканей. При отсутствии жгута можно сделать закрутки из подручных средств: бинт, пояс, полотенце, кусок ткани с применением ручки и короткой палки. При превышении указанного времени жгут нужно раскрутить на 5-10 мин, крепко прижать рану ладонью через повязку. Ослабление жгута нужно повторять каждые полчаса. Больше 1,5-2 часа жгут/закрутку на конечности держать нельзя.

**ЗАДАЧА №29.** Мужчина, работая на стройке, наступил на гвоздь, который глубоко зашел в мягкие ткани стопы.

1. Определите вид раны, назовите ее особенности.

2. Укажите объем первой помощи при данном виде раны.

#### **Особенности колотых ран:**

1. Небольшое входное отверстие, повторяющее форму и размеры поперечного сечения колющего предмета.
2. Преобладающим размером является глубина раневого канала. Раневой канал может заканчиваться выходным отверстием, но чаще заканчивается слепо.
3. Края колотых ран ровные. Возможно образование пояса осаднения.
4. На одежде колющие предметы могут образовывать пояс обтирания, более выраженный со стороны угла погружения.
5. Форму и размеры поперечного сечения колющего предмета легче всего определить по повреждениям на костях, хрящах, плотных органах.
6. Внутреннее кровотечение преобладает над наружным.

2. • в проекции раны укладывают плотно сложенную марлю или бинт для локального сдавления кровоточащих тканей, которые туго бинтуют последующими турами бинта; • если края раны сильно разошлись, перед бинтованием их следует сблизить (но не до полного смыкания) и в таком положении фиксировать 2-3 полосками лейкопластыря; • дать пострадавшему принять 2 таблетки обезболивающего средства, • в случае необходимости пострадавшего следует транспортировать в лечебное учреждение лёжа; при небольших ранах пострадавший может передвигаться сам. Нельзя рану промывать водой и накладывать на мазь, а также класть непосредственно на рану вату - способствует развитию инфекции в ране. Через раны в организм может попасть инфекции. Если в рану проникли инородные тела (куски ткани, дерева и тд.), то при оказании первой помощи их извлекать не следует.

**ЗАДАЧА №30.** Мужчина получил травму плечевого сустава на тренировке в спортзале. При осмотре: резкая боль в области травмы, ограничение движений в плечевом суставе, припухлость, деформация конечности. На рентгенограмме: выход головки плечевой кости из ямки сустава.

1. Какой вид травмы плечевого сустава получил пострадавший, обоснуйте.

2. В чем будет заключаться объем первой помощи при данной травме.

1. У пострадавшего вывих, т.к. при вывихе наблюдается выход головки кости из ямки сустава.

2. Дать внутрь 2 таблетки анальгина, обеспечить полную неподвижность поврежденной конечности: руку подвешивают на косынке или бинтуют к туловищу, к месту травмы приложить холод.