федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«Патологическая анатомия заболеваний детского возраста»

по направлению подготовки (специальности)

*31.08.07 патологическая анатомия*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.08.07 патологическая анатомия*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от « 22 » июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-3 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

ПК-4 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-5 готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов

ПК-6 готовность к формированию у населения мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-7 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1 *«Патологическая анатомия заболеваний детского возраста»***

Внеаудиторная работа. (реферат, доклад).

1. Дифференциация спонтанных и акушерских родовых травм..

2.Виды родовых травм: родовая травма черепа и головного мозга.

3.Внутримозговые кровоизлияния.

4.Родовая травма костей и суставов.

5.Кровоизлияния и их виды.

6. Гемолитическая болезнь новорожденных.

7. Пневмопатии. Причины и факторы риска.

8. Внутриутробные инфекции.

**Ситуационные задачи**

**Ситуационная задача №1**

Больной 14 лет был госпитализирован с клинической картиной острого живота. Из анамнеза известно, что болен в течении 2 суток. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток. *Макроскопически* отросток увеличен, утолщен до 1,5 см., серозная оболочка гиперемирована, тусклая с наложениями фибрина. На разрезе ткань светло-серая, в просвете зеленовато-серое густое содержимое. *Микроскопически* все слои стенки аппендикса диффузно инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, в слизистой оболочке — выраженная гиперемия сосудов, фокусы некроза.

1. Назовите основное заболевание и его форму.

2. Назовите не деструктивные формы заболевания, их отличия.

3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания.

4. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию.

**Ситуационная задача № 2**

Мальчик 4 лет с жалобами, со слов матери, на слабость, похудание, снижение аппетита, периодический субфебрилитет. В крови умеренная анемия, повышение СОЭ. При обследовании в животе пальпируется плотное и гладкое объемное образование. УЗИ выявило опухолевидное образование правой почки. Произведена нефрэктомия. Макроскопически опухоль размерами 10см прилежит к лоханке, хорошо отграниченная от ткани почки, на разрезе беловатая с очагами некроза, кровоизлияний и множественными тонкостенными кистами. *Гистологически* опухолевая ткань состоит из солидных полей и тяжей клеток с овальным и круглым ядром, в центре которых формируются трубочки, напоминающие почечные канальцы, имеются образования, сходные с почечными клубочками. Между полями эпителиальных клеток располагается рыхлая незрелая соединительная ткань с вытянутыми клетками и наличием групп гладких и поперечнополосатых мышечных волокон, сосудов разного калибра, жировой ткани.

1.Поставьте гистологический диагноз, отметьте степень дифференцировки опухоли.

2.Назовите этиопатогенетические факторы, ведущие к развитию заболевания.

3.Назовите морфологический критерий опухоли.

4.Назовите благоприятные и неблагоприятные в прогностическом отношении гистологические варианты данной опухоли.

**Ситуационная задача № 3**

У девочки 14 лет два года после удаления дермоидной кисты левого яичника и клиновидной резекции правого яичника появилось образование в малом тазу диаметром 20,0 см. Во время срочного интраоперационного исследования обнаружена опухоль кистозно-солидного строения мягкой консистенции с множеством кист разного размера, часть из которых выполнена мутным геморрагическим содержимым. *При микроскопическом исследовании* в стенке кисты и солидных участках найдены зрелые эмбриональные структуры нескольких типов тканей и незрелая глиозная ткань.

1.Назовите разновидность опухолевидного образования.

2.Назовите тип данного новообразования.

3.Укажите источник его развития.

4.Назовите особенность течения новообразования.

5.Дайте морфологическую характеристику дермоидной кисты яичника.

**Ситуационная задача № 4**

У подростка 17 лет на профилактическом осмотре при не увеличенных размерах яичка обнаружено уплотнение. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина.

Макроскопически чётко отграниченный узел дольчатого строения, оттесняющий ткань яичка. На разрезе ткань желтовато-розового цвета, с очагами кровоизлияний. *При гистологическом исследовании* опухолевая ткань формирует альвеолярные гнёзда, образованные крупными, светлыми клетками полигональных очертаний с круглым ядром. Встречаются псевдожелезистые и криброзные структуры. В строме обнаруживаются многочисленные лимфоциты и гранулематозная инфильтрация. В сохранившейся части яичка между канальцами видны островки крупных клеток с ацидофильной цитоплазмой.

1.Назовите вид опухоли по степени дифференцировки.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Назовите происхождение опухолевого процесса и источник развития.

4.Назовите фоновые патологические состояния.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 5**

Девочка 14 лет с жалобами на постоянные боли внизу живота, сукровичные выделения из половой щели, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больной себя считала более 8 месяцев, когда началось нарушение менструального цикла, проявлявшегося непрекращающимися кровянистыми выделениями. Трижды обращалась к гинекологу. Диагностирована дисфункция яичников, по поводу которой принимала кровоостанавливающие и гормональные средства. Лечение безуспешное. Была госпитализирована в городскую больницу. В периферической крови выявлены лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и гипохромная анемия. При гинекологическом исследовании шейка матки гипертрофированная, плотная, бочкообразная. Вся верхняя и средняя трети полости влагалища заняты экзофитной опухолью, «вколоченной» в просвет влагалища. Осуществлена тотальная гистерэктомия с 2/3 влагалища. Макроскопически: правые придатки, левая маточная труба и тело матки не изменены. Правый яичник замещен кистой, наполненной соломенно-желтой жидкостью, имевшей гладкие, блестящие внутреннюю и наружную оболочки, капсулы. Шейка матки представлена опухолью размером 8Х6 см, исходящую из слизистой цервикального канала, инфильтрирующую тотально всю мышцу и прорастающую в задний влагалищный свод. *При гистологическом исследовании* в яичнике фолликулярная киста. Эндометрий — без особенностей. Опухолевая ткань состоит из крупных светлых клеток, типа сапожного гвоздя с большой шляпкой, с выраженной атипией и многочисленными митозами, строма гиалинизирована.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Объясните механизм развития патологии.

4.Объясните, с чем может быть связана поздняя диагностика данной патологии.

5.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 6**

У женщины, больной туберкулёзом, умер 3-месячный ребёнок от разлитого перитонита. На вскрытии обнаружены: перфоративная язва тощей кишки, плотные мезентериальные лимфатические узлы, на разрезе представленные серо-желтыми массами творожистого вида. *При микроскопическом исследовании* в стенки тощей кишки участок казеозного некроза, распространяющийся на все слои, на париетальной и висцеральной брюшине казеозно-некротические язвы. Вокруг некроза клеточный инфильтрат представленный эпителиоидными клетками, лимфоцитами и единичными клетками Пирогова-Лангханса. В мезентериальных лимфатических узлах идентичная гистологическая картина.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите локализацию органных поражений, морфологическую форму патологического процесса.

3.Назовите осложнение основного заболевания.

4.Объясните механизм развития осложнений.

**Ситуационная задача № 7**

Труп ребенка 1,5 года истощенного. *При вскрытии*: в правом легком под плеврой патологический очаг бело-желтого цвета около 2 см. Лимфатические узлы корней легких увеличены до 2 см. в поперечнике, с подобными участками бело-желтого цвета, консистенции свежего, мягкого творога. Ткань обоих легких отечная, во всех отделах видны множественные мелкие белесоватые очаги размерами с просяное зерно. Такие же очажки имеются в брюшине, плевре и мозговой оболочке, которая утолщена, желатиноподобного вида.

*При микроскопическом исследовании* мелкие очажки представлены гранулемами, в центре которых некроз и инфильтрация эпителиоидными клетками по периферии. Очаг под плеврой и ткань лимфатического узла ворот корня легкого представлены казеозным некрозом.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите клинико-морфологическую форму прогрессирования данной патологии.

3.Назовите морфологический субстрат основного заболевания.

4.Назовите гистологический патогномоничный признак данного заболевания.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 8**

В реанимационное отделение с приступом удушья доставлен ребёнок 9 лет. В гортани и трахеи обнаружены серо-жёлтые легко отделяющиеся плёнки, обтурирующие просвет. После операции трахеостомии дыхание было восстановлено, но через неделю повысилась температура тела до 37,5 С, появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, в лёгких стали выслушиваться влажные хрипы.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите осложнение основного заболевания и его составляющие.

3.Назовите патологический процесс, способствующий ухудшению

состояния ребенка, объясните механизм его развития.

4.Назовите редко встречающиеся формы заболевания.

5.Перечислите возможные общие осложнения основного заболевания.

**Ситуационная задача № 9**

У ребёнка 5 лет появились боли в горле, повысилась температура тела. На 2-й день от начала заболевания выявлена мелкоточечная ярко-красная сыпь, покрывающая поверхность тела, за исключением носогубного треугольника. При осмотре горла - ярко-красные зев, малиновый язык, миндалины увеличены, на поверхности сероватая пленка, плотна соединенная с подлежащей тканью, после отторжения которой остаются глубокие дефекты - язвы, некоторые с гнойным расплавлением. В перитонзиллярной ткани — отек, мелкие кровоизлияния.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите воспалительную тканевую реакцию в месте входных ворот.

3.Назовите заболевания с экзантемой, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.

4. Назовите формы тяжелого течения болезни и их проявления.

**Ситуационная задача №10**

У девочки 15 лет поднялась температура, появились боли в горле, миндалины воспалились по типу фолликулярной ангины. В крови уровень гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов снижены, количество лейкоцитов повышенно. Увеличились шейные лимфатические узлы, селезенка и печень. Появилась розеолезная сыпь на лице, туловище, конечностях, на слизистых оболочках петехиальные кровоизлияния, мелена. Девочка умерла. На вскрытии: увеличение периферических и висцеральных лимфатических узлов, селезенки и печени. Глоточные миндалины увеличены, слизистая оболочка зева гиперемирована с кровоизлияниями. *При микроскопическом исследовании* лимфатических узлов и селезенки наличие крупных лимфобластных клеток с большим количеством митозов. В междольковой соединительной ткани печени – обильные инфильтраты из крупных мононуклеарных клеток.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2**.**Назовите характерный признак в формуле крови при этом заболевании.

3.Объясните, чем обусловлено развитие кровоизлияний.

4.Назовите цитогенетические прогностические признаки при данной патологии.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль «Патологическая анатомия заболеваний детского возраста»**

**Тема 1** Перинатальная патология: родовая травма плода и новорожденного.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости** *(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов

ПРИЧИНЫ РОДОВОЙ ТРАВМЫ

1) недоношенность

2) несоответствие размеров плода и таза матери

3) стремительные или затяжные роды

4) внутриутробная пневмония

5) аномалия положения плода

Эталоны ответов к теме

**« Смерть и посмертные изменения»**

**1. 1,25**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Определение понятия «родовая травма». Дифференциация спонтанных и акушерских родовых травм.

2.Причины родовой травмы.

3.Патогенез спонтанной РТЧ .

4.Виды родовых травм: родовая травма черепа и головного мозга.

5.Признаки основных механических повреждений (разрывы мозжечкового намета (тентория), разрывы мостовых вен, серповидного отростка, разрывы притоков вены Галена, синусов, признаки сдавления головного мозга, переломы костей черепа, перелом нижней челюсти остеодиастаз затылочной кости, смещения мягкой мозговой оболочки.)

**Микропрепараты.**

1. Кровоизлияние в головной мозг. Окраска гематоксилин-эозин. А) в ткани мозга скопление гемолизированных и сохранившихся эритроцитов, б) вещество мозга в ценре кровоизлияния отсутствует, в) отмечается периваскулярный и перицеллюлярный отёк.

**Макропрепараты.**

Кровоизлияние в головной мозг. В препарате большие полушария головного мозга. На разрезе в полости левого бокового желудочка скопление свернувшейся крови буровато-красного цвета.

*Причина:* чаще – прорыв крови в желудочки головного мозга из внутримозговой гематомы, черепно-мозговая травма, разрыв аневризмы; реже – разрыв гиалинизированных сосудов микроциркуляции при гипертоническом кризе, некроз стенки при изъязвлении атеросклеротической бляшки.

*Исход,* как правило,один *–* смерть.

**Тема 2** Перинатальная патология: родовая травма плода и новорожденного.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости** *(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов

ПРИЧИНЫ РОДОВОЙ ТРАВМЫ

1) недоношенность

2) несоответствие размеров плода и таза матери

3) стремительные или затяжные роды

4) внутриутробная пневмония

5) аномалия положения плода

Эталоны ответов к теме

**« Смерть и посмертные изменения»**

**1) 1,2,5**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Сопутствующие нарушения мозгового кровообращения (субдуральные кровоизлияния в

среднюю и заднюю черепные ямки, субарахноидальные гематомы, кровоизлияния в мозжечок, внутримозговые кровоизлияния).

2.Родовая травма позвоночника,

3.Родовая травма внутренних органов (печени, селезенки, надпочечников),

4.Родовая травма различных костей скелета (ключицы, бедренной кости и др.).

5.Родовая травма плечевого сплетения. Причины. Осложнения. Исходы.

6.Кровоизлияния, виды: подкожные кровоизлияния, небольшие поднадкостничныекровоизлияния, кровоизлияния по линиям смещений костей черепа при конфигурации головки, интрадуральные кровоизлияния, субкапсулярные кровоизлияния печени.

**Микропрепараты.**

1. Кровоизлияние в головной мозг. Окраска гематоксилин-эозин. А) в ткани мозга скопление гемолизированных и сохранившихся эритроцитов, б) вещество мозга в ценре кровоизлияния отсутствует, в) отмечается периваскулярный и перицеллюлярный отёк.

**Макропрепараты.**

Кровоизлияние в головной мозг. В препарате большие полушария головного мозга. На разрезе в полости левого бокового желудочка скопление свернувшейся крови буровато-красного цвета.

*Причина:* чаще – прорыв крови в желудочки головного мозга из внутримозговой гематомы, черепно-мозговая травма, разрыв аневризмы; реже – разрыв гиалинизированных сосудов микроциркуляции при гипертоническом кризе, некроз стенки при изъязвлении атеросклеротической бляшки.

*Исход,* как правило,один *–* смерть.

**Тема 3** Гемолитическая и геморрагическая болезнь новорожденного. Желтухи новорожденных

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1) артериит и флебит пупочных сосудов

2) бурая атрофия печени

3) гемолитическая желтуха

4) анемия и отеки

5) ядерная желтуха

2. ПРИЧИНЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

1) низкая эритропоэтическая активность

2) токсическое повреждение ЦНС

3) несовместимость по резус-фактору

4) общий гемосидероз

5) несовместимость по АГ-АВО

3.ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1) печеночная

2) отечная

3) сердечно-сосудистая

4) анемическая

5) желтушная

4. ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1) увеличение ретикулоцитов

2) увеличение эритробластов

3) увеличение лейкоцитов

4) уменьшение лимфоцитов

5) уменьшение эритроцитов

**Эталоны ответов К тестовым заданиям по теме:** Гемолитическая и геморрагическая болезнь новорожденного. Желтухи новорожденных

1)3,4,5

2) 3,5

3) 2,4,5

4)1,2,5

**Вопросы для устного опроса.**

1. Определение, частота встречаемости, смертность.

2. Факторы риска развития ГБН.

3. Этиология. Характеристика антигенов и антител.

4. Особенности звена патогенеза. Стадии аллергической (иммунологической) реакции: II типа (цитотоксические).

5. Особенности патогенеза и клинических проявлений отечной формы

ГБН.

6. Клинические проявления желтушной и анемической форм ГБН.

7. Ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией.

8. Диагностические критерии.

9. Осложнения. Патологические состояния плода и новорожденного усугубляющие заболевание.

10. Клинико-морфологические проявлении вторичного иммунодефицита при гемолитическая болезнь новорожденных

**Микропрепараты:**

**Ядерная желтуха при гемолитической болезни.**Окраска по Шморлю. В ткани мозга определяется острое набухание нейронов с превращением клеток в «тень» (а), выраженная пролиферации олигодендроглии (б), скопление непрямого билирубина в нейронах (в) и мелких сосудах (г), в клетках глии (д) и миелиновых волокнах (е).

**Макропрепараты:**

Кровоизлияние в головной мозг. В препарате большие полушария головного мозга. На разрезе в полости левого бокового желудочка скопление свернувшейся крови буровато-красного цвета.

*Причина:* чаще – прорыв крови в желудочки головного мозга из внутримозговой гематомы, черепно-мозговая травма, разрыв аневризмы; реже – разрыв гиалинизированных сосудов микроциркуляции при гипертоническом кризе, некроз стенки при изъязвлении атеросклеротической бляшки.

*Исход,* как правило,один *–* смерть.

**Тема 4** Гемолитическая и геморрагическая болезнь новорожденного. Желтухи новорожденных

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1) артериит и флебит пупочных сосудов

2) бурая атрофия печени

3) гемолитическая желтуха

4) анемия и отеки

5) ядерная желтуха

2. ПРИЧИНЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

1) низкая эритропоэтическая активность

2) токсическое повреждение ЦНС

3) несовместимость по резус-фактору

4) общий гемосидероз

5) несовместимость по АГ-АВО

3.ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1) печеночная

2) отечная

3) сердечно-сосудистая

4) анемическая

5) желтушная

4. ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1) увеличение ретикулоцитов

2) увеличение эритробластов

3) увеличение лейкоцитов

4) уменьшение лимфоцитов

5) уменьшение эритроцитов

**Эталоны ответов К тестовым заданиям по теме:** Гемолитическая и геморрагическая болезнь новорожденного. Желтухи новорожденных

1)3,4,5

2) 3,5

3) 2,4,5

4)1,2,5

**Вопросы для устного опроса.**

1. Определение, частота встречаемости, смертность.

2. Факторы риска развития ГБН.

3. Этиология. Характеристика антигенов и антител.

4. Особенности звена патогенеза. Стадии аллергической (иммунологической) реакции: II типа (цитотоксические).

5. Особенности патогенеза и клинических проявлений отечной формы

ГБН.

6. Клинические проявления желтушной и анемической форм ГБН.

7. Ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией.

8. Диагностические критерии.

9. Осложнения. Патологические состояния плода и новорожденного усугубляющие заболевание.

10. Клинико-морфологические проявлении вторичного иммунодефицита при гемолитическая болезнь новорожденных

**Микропрепараты:**

**Ядерная желтуха при гемолитической болезни.**Окраска по Шморлю. В ткани мозга определяется острое набухание нейронов с превращением клеток в «тень» (а), выраженная пролиферации олигодендроглии (б), скопление непрямого билирубина в нейронах (в) и мелких сосудах (г), в клетках глии (д) и миелиновых волокнах (е).

**Макропрепараты:**

Кровоизлияние в головной мозг. В препарате большие полушария головного мозга. На разрезе в полости левого бокового желудочка скопление свернувшейся крови буровато-красного цвета.

*Причина:* чаще – прорыв крови в желудочки головного мозга из внутримозговой гематомы, черепно-мозговая травма, разрыв аневризмы; реже – разрыв гиалинизированных сосудов микроциркуляции при гипертоническом кризе, некроз стенки при изъязвлении атеросклеротической бляшки.

*Исход,* как правило,один *–* смерть.

**Тема 5** Пневмопатии.

**Форма(ы) текущего контроляу спеваемости***(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата,реферат, доклад ).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

1) несоответствие размеров плода и таза матери

2) недоношенность

3) острая кровопотеря в родах

4) внутриутробная инфекция

5) анемия

2. ПРИЧИНЫ ПНЕВМОПАТИЙ

1) бронхолегочная дисплазия

2) внутриутробная гипоксия

3) дефицит сурфактанта

4) родовая травма

5) массивная аспирация околоплодных вод

3. СУРФАКТАНТ СИНТЕЗИРУЕТСЯ

1) эпителием сегментарных бронхов

2) альвеоцитами II типа

3) гепатоцитами

4) альвеоцитами I типа

5) бронхиолярными клетками Клара

4. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ СУРФАКТАНТА

1) предотвращение спадения альвеол на выдохе

2) бактерицидная активность

3) участие в иммунногенезе

4) активация лейкоцитов

5) участие в регуляции микроциркуляции в легких

5. РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН ОБУСЛОВЛЕНО

1) левожелудочковой недостаточностью

2) недоношенностью

3) сахарным диабетом матери

4) гиперфункцией щитовидной железы

5) гиперинсулинизмом

6. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНЫХ АТЕЛЕКТАЗОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

1) недоразвитии эластической ткани

2) повышенная воздушность респираторного отдела

3) внутричерепные кровоизлияния

4) аспирация околоплодных вод

5) гиперплазия мышечного слоя бронхов и бронхиол

7. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) гиперплазией и плоскоклеточной метаплазией эпителия бронхов

2) скоплением эритроцитов в альвеолах

3) острой правожелудочковой недостаточностью

4) фиброзом межальвеолярных перегородок

5) персистирующей эмфиземой и легочной гипертензией

**Эталоны ответов К тестовым заданиям по теме:** Пневмопатии.

1) 2,3,4

2) 2,3,5

3) 2,5

4) 1,2,5

5) 2,3,5

6) 1,3,4

7) 1,4,5

**Вопросы для устного опроса.**

1. Морфологические особенности строения легочной ткани в различные периоды внутриутробного периода.

2.Понятие о синдроме дыхательных расстройств.

3.Этиологические факторы в развитии пневмопатий.

**Микропрепараты.**

**Острое венозное полнокровие легкого.**Окраска гематоксилином и эозином. Капилляры межальвеолярных перегородок и артериолы легкого расширенные и полнокровные (а), в просвете альвеол скопление отечной жидкости (б) и немногочисленных эритроцитов (в).

**Макропрепараты.**

**Ателектаз лёгкого.** В препарате лёгкое. Ткань лёгкого плотная, безвоздушная.

Причина: недостаточность сурфактанта.

Исход: смерть

**Тема 6** Пневмопатии.

**Форма(ы) текущего контроляу спеваемости***(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата,реферат, доклад ).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

1) несоответствие размеров плода и таза матери

2) недоношенность

3) острая кровопотеря в родах

4) внутриутробная инфекция

5) анемия

2. ПРИЧИНЫ ПНЕВМОПАТИЙ

1) бронхолегочная дисплазия

2) внутриутробная гипоксия

3) дефицит сурфактанта

4) родовая травма

5) массивная аспирация околоплодных вод

3. СУРФАКТАНТ СИНТЕЗИРУЕТСЯ

1) эпителием сегментарных бронхов

2) альвеоцитами II типа

3) гепатоцитами

4) альвеоцитами I типа

5) бронхиолярными клетками Клара

4. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ СУРФАКТАНТА

1) предотвращение спадения альвеол на выдохе

2) бактерицидная активность

3) участие в иммунногенезе

4) активация лейкоцитов

5) участие в регуляции микроциркуляции в легких

5. РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН ОБУСЛОВЛЕНО

1) левожелудочковой недостаточностью

2) недоношенностью

3) сахарным диабетом матери

4) гиперфункцией щитовидной железы

5) гиперинсулинизмом

6. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНЫХ АТЕЛЕКТАЗОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

1) недоразвитии эластической ткани

2) повышенная воздушность респираторного отдела

3) внутричерепные кровоизлияния

4) аспирация околоплодных вод

5) гиперплазия мышечного слоя бронхов и бронхиол

7. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) гиперплазией и плоскоклеточной метаплазией эпителия бронхов

2) скоплением эритроцитов в альвеолах

3) острой правожелудочковой недостаточностью

4) фиброзом межальвеолярных перегородок

5) персистирующей эмфиземой и легочной гипертензией

**Эталоны ответов К тестовым заданиям по теме:** Пневмопатии.

1) 2,3,4

2) 2,3,5

3) 2,5

4) 1,2,5

5) 2,3,5

6) 1,3,4

7) 1,4,5

**Вопросы для устного опроса.**

1. Основные патогенетические звенья пневмопатий, клинические проявления.

2.Понятие о болезни «гиалиновых мембран», патогенез, морфология, исход.

3.Ателектаз легкого, причины, патогенез, морфология, исход.

**Микропрепараты.**

**Острое венозное полнокровие легкого.**Окраска гематоксилином и эозином. Капилляры межальвеолярных перегородок и артериолы легкого расширенные и полнокровные (а), в просвете альвеол скопление отечной жидкости (б) и немногочисленных эритроцитов (в).

**Макропрепараты.**

**Ателектаз лёгкого.** В препарате лёгкое. Ткань лёгкого плотная, безвоздушная.

Причина: недостаточность сурфактанта.

Исход: смерть

**Тема 7** Вирусно-бактериальные фетопатии: краснуха, цитомегалия, листериоз, сифилис, токсоплазмоз.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата,реферат, доклад ).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРИЧИНЫ ГАМЕТОПАТИЙ

1) повреждение яйцеклетки и сперматозоида до оплодотворения

2) мутации генов

3) повреждение зародыша в первые 15 суток

4) повреждение зиготы

5) изменение числа и структуры хромосом

2. ПРОЯВЛЕНИЯ ГАМЕТОПАТИЙ

1) первичный иммуннодефицит

2) наследственные болезни и пороки развития

3) внематочная беременность

4)хромосомные болезни

5) антигенная несовместимость плода и матери

3. ПРИЧИНЫ БЛАСТОПАТИЙ

1) поверхностная имплантация

2) повреждение половых клеток

3) плацентарная недостаточность

4) повреждение зародыша в первые 15 суток

5) хромосомные абберации

4. ПРОЯВЛЕНИЯ БЛАСТОПАТИЙ

1) болезнь Дауна

2) гибель зародыша

3) нарушение имплантации

4) энзимопатии

5) не полностью разделившиеся близнецы

5. СРОКИ РАЗВИТИЯ ЭМБРИОПАТИЙ

1) повреждении зародыша с 16 дня по 75 день после овуляции

2) нарушении дробления зиготы

3) глубокой имплантации

4) органогенезе, образовании амниона и хориона

5) формировании плаценты

6. ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМБРИОПАТИЙ

1) геморрагический диатез

2) врожденные пороки развития

3) гемолитическая болезнь

4) тератомы

5) гибель зародыша

7. ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕТОПАТИЙ

1) нефронофтиз Фанкони

2) болезнь Брутона

3) болезни плода, возникшие с76 дня внутриутробного развития до рождения

4) гемолитическая болезнь новорожденного

5) болезни плода, возникшие до 75 дня внутриутробного развития

8. ПРОЯВЛЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ФЕТОПАТИЙ

1) лимфопеническая агаммаглобулинемия

2) гемолитическая болезнь

3) муковисцидоз

4) врожденные пороки развития

5) эндокардиальный фиброэластоз

9. ПРИЗНАКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ФЕТОПАТИЙ

1) наклонность к геморрагическому диатезу

2) гиперплазия островков Лангерганса

3) альтеративно-продуктивный характер воспаления

4) врожденная гиперкальцемия

5) генерализация инфекции

10. ПРИЗНАКИ ЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ЭЛАСТОФИБРОЗА

1) гипертрофия левого желудочка

2) тотальная гипертрофия сердца

3) недостаточность митрального или аортального клапанов

4) коронаросклероз

5) утолщение и склерозирование эндокарда более 1мм

**Эталоны ответов К тестовым заданиям по теме:** Вирусно-бактериальные фетопатии: краснуха, цитомегалия, листериоз, сифилис, токсоплазмоз.

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Ответ** |
|  | 1,2,5 |
|  | 1,2,4 |
|  | 1,4,5 |
|  | 2,3,5 |
|  | 1,4,5 |
|  | 2,4,5 |
|  | 1,3,4 |
|  | 2,3,4 |
|  | 1,3,5 |
|  | 1,3,5 |

**Вопросы для устного опроса.**

1.Этиопатогенез краснухи. Клинико-морфологические изменения в органах плода. Факторы способствующие невынашиванию беременности.

2. Этиопатогенез цитомегалии, факторы, способствующие персистенции микроорганизма. Особенности и основные гистологические изменения в клетках. Клиническое значение и исход.

3.Листериоз. Патогенез, морфологические проявления и клиническая картина.

**Микропрепараты.**

**1.Токсоплазмоз с поражением головного мозга.**Окраска гематоксилином и эозином. В веществе головного мозга очаги некроза (а), участки обызвествления (б), гранулематозная воспалительная инфильтрация (в), воспаление в стенках сосудов (г).

**2. Легкое при цитомегалии.**Окраска гематоксилином и эозином. Альвеолярные перегородки отечны, полнокровны (а) с лимфогистиоцитарным диффузным воспалительным клеточным инфильтратом (б). Имеются цитомегалические клетки с внутриядерными включениями в виде «совиного глаза» (в).

**Макропрепараты.**

**1. Микроцефалия** — уменьшение массы и размеров головного мозга. В препарате головной мозг большие полушария недоразвиты, имеют неправильное строение, стволовой отдел и мозжечок сравнительно развиты правильно. Лобные доли уменьшены в размерах, нижняя лобная извилина отсутствует. Незначительно уменьшены затылочные доли. На разрезе кора больших полушарий утолщена, увеличены размеры базальных ядерных групп на фоне относительного уменьшения белого вещества головного мозга. Имеются кистозные полости, очаги кровоизлияний и обызвествления (характерно для вторичной микроцефалии). *Причины:* а) Истинная микроцефалия — генетически обусловленная форма, наследуемая по аутосомно-рецессивному типу. Встречается при хромосомных и генных синдромах, б) вторичная микроцефалия — при органических повреждениях головного мозга внутриутробно или в постнатальном периоде: токсоплазмозе, краснухе, цитомегалии, интоксикациях, гормональных нарушениях, гипоксии, заболевания ЦНС, связанных с нарушением метаболизма. *Исход:* психическое недоразвитие (олигофрения).

**2. Анэнцефалия -** отсутствие большого мозга, костей свода черепа и мягких тканей. В препарате недоношенный новорожденный, на месте головного мозга располагается соединительная ткань с кистозными полостями, богатая кровеносными сосудами. Кости черепа отсутствуют. *Причины:* одновременное действие некоторых факторов внешней среды, тератогенетический период — до 8 недель внутриутробного развития. Сопровождается гипоплазией надпочечников и аплазией нейрогипофиза. *Исход:* внутриутробная гибель плода или в первые дни жизни.

**3. Экзэнцефалия** - отсутствие костей черепа (акрания) и мягких тканей головы. В препарате недоношенный новорожденный, большие полушария головного мозга расположены открыто, на основании черепа в виде отдельных узлов, покрытых мягкой мозговой оболочкой. Извилины больших полушарий расположены неправильно, хотя конечный мозг относительно сохранен. Промежуточный и средний мозг отсутствует. *Причины:* одновременное действие некоторых факторов внешней среды.

**4. Черепно-мозговые грыжи** -грыжевое выпячивание в области дефекта костей черепа. *Причины:* тератогенетический период до 4 месяца внутриутробного развития (инфекции, лекарства, метаболические эмбрио-и фетопатии).

*Локализация:* а) между лобными костями, б) у корня носа, в) между теменной и височной костью, г)в области соединения теменных костей и затылочной кости, д) около внутреннего угла глаза.

*Формы:* 1) менингоцеле -грыжевой мешок представлен твердой мозговой оболочкой и кожей, а его содержимое спинномозговая жидкость. 2) менингоэнцефалоцеле — в грыжевой мешок выпячивается тот или иной отдел мозга. *Исход:* крупные грыжи приводят к мозговым расстройствам и гибели плода.

**5. Врожденные пороки сердца.***Причины:* хромосомные и генные заболевания, внутриутробные инфекции, лекарственные тератогены, метаболические болезни матери.

*а) Дефект межпредсердной* (первичной) перегородки: располагается в нижней части межпредсердной перегородки дистальнее овальной ямки и непосредственно над атриовентрикулярными клапанами. Тератогенетический период — до 7 недели внутриутробного развития. Частота 1случай на 1000 рождений. Изолированный порок -7-25%. Как компонент сложного порока — до 48%. Гемодинамика: идет перегрузка правого желудочка сердца с его гипертрофией, и развитием гипертензии в легочной артерии. Позднее сброс крови- справо налево. *Осложнения:* мерцание предсердий, эмболии. *Исход:* сердечная недостаточность.

*б) Дефект межжелудочковой перегородки:* 1) в 2,5-5 случаев на 1000 живорожденных изолированный порок - б-нь Толочинова-Роже, когда небольшой дефект до 1 см располагается в мышечной части. Прогноз благоприятный. 2) Высокий дефект межжелудочковой перегородки. Тератогенетический период до 44 дня беременности. Дефект различной величины, локализуется в задневерхнем отделе мембранозной части перегородки, под аортальным клапаном. Сопровождается значительной гипертрофией левого предсердия (со смещением бифуркации трахеи) и левого желудочка, правое предсердие увеличено значительно меньше. *Осложнения:* инфекции органов дыхания, пневмония, общая гипотрофия, легочная гипертензия. *Прогноз:* при значительных дефектах зависит от своевременности хирургического лечения. Чаще дефект межжелудочковой перегородки является составной частью сложных пороков: тетрады Фалло, транспозиции крупных сосудов, комплекса Эйзенменгера.

*в) Трехкамерное сердце* с одним общим желудочком- полное отсутствие межжелудочковой перегородки. Тератогенетический период — до 44 дня беременности. Сочетается с гипоплазией сердца, транспозицией или стенозом легочного ствола или аорты. а) Аорта и легочной ствол выходят из общего желудочка. *Прогноз:* дети доживают до школьного возраста. б) Стенозированный легочной ствол выходит из синуса (рудиментарного правого желудочка). *Прогноз*: крайне неблагоприятный.

**Тема 8** Вирусно-бактериальные фетопатии: краснуха, цитомегалия, листериоз, сифилис, токсоплазмоз.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости***(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата,реферат, доклад ).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРИЧИНЫ ГАМЕТОПАТИЙ

1) повреждение яйцеклетки и сперматозоида до оплодотворения

2) мутации генов

3) повреждение зародыша в первые 15 суток

4) повреждение зиготы

5) изменение числа и структуры хромосом

2. ПРОЯВЛЕНИЯ ГАМЕТОПАТИЙ

1) первичный иммуннодефицит

2) наследственные болезни и пороки развития

3) внематочная беременность

4)хромосомные болезни

5) антигенная несовместимость плода и матери

3. ПРИЧИНЫ БЛАСТОПАТИЙ

1) поверхностная имплантация

2) повреждение половых клеток

3) плацентарная недостаточность

4) повреждение зародыша в первые 15 суток

5) хромосомные абберации

4. ПРОЯВЛЕНИЯ БЛАСТОПАТИЙ

1) болезнь Дауна

2) гибель зародыша

3) нарушение имплантации

4) энзимопатии

5) не полностью разделившиеся близнецы

5. СРОКИ РАЗВИТИЯ ЭМБРИОПАТИЙ

1) повреждении зародыша с 16 дня по 75 день после овуляции

2) нарушении дробления зиготы

3) глубокой имплантации

4) органогенезе, образовании амниона и хориона

5) формировании плаценты

6. ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМБРИОПАТИЙ

1) геморрагический диатез

2) врожденные пороки развития

3) гемолитическая болезнь

4) тератомы

5) гибель зародыша

7. ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕТОПАТИЙ

1) нефронофтиз Фанкони

2) болезнь Брутона

3) болезни плода, возникшие с76 дня внутриутробного развития до рождения

4) гемолитическая болезнь новорожденного

5) болезни плода, возникшие до 75 дня внутриутробного развития

8. ПРОЯВЛЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ФЕТОПАТИЙ

1) лимфопеническая агаммаглобулинемия

2) гемолитическая болезнь

3) муковисцидоз

4) врожденные пороки развития

5) эндокардиальный фиброэластоз

9. ПРИЗНАКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ФЕТОПАТИЙ

1) наклонность к геморрагическому диатезу

2) гиперплазия островков Лангерганса

3) альтеративно-продуктивный характер воспаления

4) врожденная гиперкальцемия

5) генерализация инфекции

10. ПРИЗНАКИ ЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ЭЛАСТОФИБРОЗА

1) гипертрофия левого желудочка

2) тотальная гипертрофия сердца

3) недостаточность митрального или аортального клапанов

4) коронаросклероз

5) утолщение и склерозирование эндокарда более 1мм

**Эталоны ответов К тестовым заданиям по теме:** Вирусно-бактериальные фетопатии: краснуха, цитомегалия, листериоз, сифилис, токсоплазмоз.

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Ответ** |
|  | 1,2,5 |
|  | 1,2,4 |
|  | 1,4,5 |
|  | 2,3,5 |
|  | 1,4,5 |
|  | 2,4,5 |
|  | 1,3,4 |
|  | 2,3,4 |
|  | 1,3,5 |
|  | 1,3,5 |

**Вопросы для устного опроса.**

1. Врожденный сифилис. Морфологические и клинические проявления.

2. Токсоплазмоз. Морфологические формы. Особенности течения, связанные с периодами внутриутробного развития плода или при заражении во время родов.

**Микропрепараты.**

**1.Токсоплазмоз с поражением головного мозга.**Окраска гематоксилином и эозином. В веществе головного мозга очаги некроза (а), участки обызвествления (б), гранулематозная воспалительная инфильтрация (в), воспаление в стенках сосудов (г).

**2. Легкое при цитомегалии.**Окраска гематоксилином и эозином. Альвеолярные перегородки отечны, полнокровны (а) с лимфогистиоцитарным диффузным воспалительным клеточным инфильтратом (б). Имеются цитомегалические клетки с внутриядерными включениями в виде «совиного глаза» (в).

**Макропрепараты.**

**1. Микроцефалия** — уменьшение массы и размеров головного мозга. В препарате головной мозг большие полушария недоразвиты, имеют неправильное строение, стволовой отдел и мозжечок сравнительно развиты правильно. Лобные доли уменьшены в размерах, нижняя лобная извилина отсутствует. Незначительно уменьшены затылочные доли. На разрезе кора больших полушарий утолщена, увеличены размеры базальных ядерных групп на фоне относительного уменьшения белого вещества головного мозга. Имеются кистозные полости, очаги кровоизлияний и обызвествления (характерно для вторичной микроцефалии). *Причины:* а) Истинная микроцефалия — генетически обусловленная форма, наследуемая по аутосомно-рецессивному типу. Встречается при хромосомных и генных синдромах, б) вторичная микроцефалия — при органических повреждениях головного мозга внутриутробно или в постнатальном периоде: токсоплазмозе, краснухе, цитомегалии, интоксикациях, гормональных нарушениях, гипоксии, заболевания ЦНС, связанных с нарушением метаболизма. *Исход:* психическое недоразвитие (олигофрения).

**2. Анэнцефалия -** отсутствие большого мозга, костей свода черепа и мягких тканей. В препарате недоношенный новорожденный, на месте головного мозга располагается соединительная ткань с кистозными полостями, богатая кровеносными сосудами. Кости черепа отсутствуют. *Причины:* одновременное действие некоторых факторов внешней среды, тератогенетический период — до 8 недель внутриутробного развития. Сопровождается гипоплазией надпочечников и аплазией нейрогипофиза. *Исход:* внутриутробная гибель плода или в первые дни жизни.

**3. Экзэнцефалия** - отсутствие костей черепа (акрания) и мягких тканей головы. В препарате недоношенный новорожденный, большие полушария головного мозга расположены открыто, на основании черепа в виде отдельных узлов, покрытых мягкой мозговой оболочкой. Извилины больших полушарий расположены неправильно, хотя конечный мозг относительно сохранен. Промежуточный и средний мозг отсутствует. *Причины:* одновременное действие некоторых факторов внешней среды.

**4. Черепно-мозговые грыжи** -грыжевое выпячивание в области дефекта костей черепа. *Причины:* тератогенетический период до 4 месяца внутриутробного развития (инфекции, лекарства, метаболические эмбрио-и фетопатии).

*Локализация:* а) между лобными костями, б) у корня носа, в) между теменной и височной костью, г)в области соединения теменных костей и затылочной кости, д) около внутреннего угла глаза.

*Формы:* 1) менингоцеле -грыжевой мешок представлен твердой мозговой оболочкой и кожей, а его содержимое спинномозговая жидкость. 2) менингоэнцефалоцеле — в грыжевой мешок выпячивается тот или иной отдел мозга. *Исход:* крупные грыжи приводят к мозговым расстройствам и гибели плода.

**5. Врожденные пороки сердца.***Причины:* хромосомные и генные заболевания, внутриутробные инфекции, лекарственные тератогены, метаболические болезни матери.

*а) Дефект межпредсердной* (первичной) перегородки: располагается в нижней части межпредсердной перегородки дистальнее овальной ямки и непосредственно над атриовентрикулярными клапанами. Тератогенетический период — до 7 недели внутриутробного развития. Частота 1случай на 1000 рождений. Изолированный порок -7-25%. Как компонент сложного порока — до 48%. Гемодинамика: идет перегрузка правого желудочка сердца с его гипертрофией, и развитием гипертензии в легочной артерии. Позднее сброс крови- справо налево. *Осложнения:* мерцание предсердий, эмболии. *Исход:* сердечная недостаточность.

*б) Дефект межжелудочковой перегородки:* 1) в 2,5-5 случаев на 1000 живорожденных изолированный порок - б-нь Толочинова-Роже, когда небольшой дефект до 1 см располагается в мышечной части. Прогноз благоприятный. 2) Высокий дефект межжелудочковой перегородки. Тератогенетический период до 44 дня беременности. Дефект различной величины, локализуется в задневерхнем отделе мембранозной части перегородки, под аортальным клапаном. Сопровождается значительной гипертрофией левого предсердия (со смещением бифуркации трахеи) и левого желудочка, правое предсердие увеличено значительно меньше. *Осложнения:* инфекции органов дыхания, пневмония, общая гипотрофия, легочная гипертензия. *Прогноз:* при значительных дефектах зависит от своевременности хирургического лечения. Чаще дефект межжелудочковой перегородки является составной частью сложных пороков: тетрады Фалло, транспозиции крупных сосудов, комплекса Эйзенменгера.

*в) Трехкамерное сердце* с одним общим желудочком- полное отсутствие межжелудочковой перегородки. Тератогенетический период — до 44 дня беременности. Сочетается с гипоплазией сердца, транспозицией или стенозом легочного ствола или аорты. а) Аорта и легочной ствол выходят из общего желудочка. *Прогноз:* дети доживают до школьного возраста. б) Стенозированный легочной ствол выходит из синуса (рудиментарного правого желудочка). *Прогноз*: крайне неблагоприятный.

**Тема 9** Синдром внезапной смерти детей.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости***(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Дать определение синдрому внезапной детской смерти. Статистические данные.

2.Основные механизмы, объясняющие внезапную остановку дыхания и сердцебиения.

3.Факторы, сопутствующие риску СВДС.

4.Факторы, сопутствующие пониженному риску СВДС.

**Тема 9** Синдром внезапной смерти детей.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости***(тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

1.Наиболее частые и достоверные причины развития СВДС.

2. Группы риска.

3. Посмертная морфологическая и лабораторная диагностика.

4.Дифференциальная диагностика

**Тема 11**  *Итоговое занятие по лекционному и теоретическому материалу по модулю* ***«Патологическая анатомия заболеваний детского возраста»***

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(собеседование, диагностика заполнение документации, решение ситуационных задач, реферат, доклад).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы устного опроса.**

1.Определение понятия «родовая травма». Дифференциация спонтанных и акушерских родовых травм.

2.Причины родовой травмы.

3.Патогенез спонтанной РТЧ .

4.Виды родовых травм: родовая травма черепа и головного мозга.

5.Признаки основных механических повреждений (разрывы мозжечкового намета

(тентория), разрывы мостовых вен, серповидного отростка, разрывы притоков вены Галена, синусов, признаки сдавления головного мозга, переломы костей черепа, перелом нижней челюсти остеодиастаз затылочной кости, смещения мягкой мозговой оболочки.)

6.Сопутствующие нарушения мозгового кровообращения (субдуральные кровоизлияния в

среднюю и заднюю черепные ямки, субарахноидальные гематомы, кровоизлияния в мозжечок, внутримозговые кровоизлияния).

7.Родовая травма позвоночника,

8.Родовая травма внутренних органов (печени, селезенки, надпочечников),

9.Родовая травма различных костей скелета (ключицы, бедренной кости и др.).

10.Родовая травма плечевого сплетения. Причины. Осложнения. Исходы.

11.Кровоизлияния, виды: подкожные кровоизлияния, небольшие поднадкостничные кровоизлияния, кровоизлияния по линиям смещений костей черепа при конфигурации головки, интрадуральные кровоизлияния, субкапсулярные кровоизлияния печени.

12. Определение ГБН, частота встречаемости, смертность.

13. Факторы риска развития ГБН.

14. Этиология. Характеристика антигенов и антител.

15. Особенности звена патогенеза. Стадии аллергической (иммунологической) реакции: II типа (цитотоксические).

16 Особенности патогенеза и клинических проявлений отечной формы

ГБН.

17. Клинические проявления желтушной и анемической форм ГБН.

18. Ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией.

19. Диагностические критерии.

20. Осложнения. Патологические состояния плода и новорожденного усугубляющие заболевание.

21. Клинико-морфологические проявлении вторичного иммунодефицита при гемолитическая болезнь новорожденных

22. Морфологические особенности строения легочной ткани в различные периоды внутриутробного периода.

23.Понятие о синдроме дыхательных расстройств.

24.Этиологические факторы в развитии пневмопатий.

25. Основные патогенетические звенья пневмопатий, клинические проявления.

26.Понятие о болезни «гиалиновых мембран», патогенез, морфология, исход.

27.Ателектаз легкого, причины, патогенез, морфология, исход.

28. Этиопатогенез краснухи. Клинико-морфологические изменения в органах плода. Факторы способствующие невынашиванию беременности.

29. Этиопатогенез цитомегалии, факторы, способствующие персистенции микроорганизма. Особенности и основные гистологические изменения в клетках. Клиническое значение и исход.

30.Листериоз. Патогенез, морфологические проявления и клиническая картина.

31. Врожденный сифилис. Морфологические и клинические проявления.

32. Токсоплазмоз. Морфологические формы. Особенности течения, связанные с периодами внутриутробного развития плода или при заражении во время родов.

33.Дать определение синдрому внезапной детской смерти. Статистические данные.

34.Основные механизмы, объясняющие внезапную остановку дыхания и сердцебиения.

35.Факторы, сопутствующие риску СВДС.

36.Факторы, сопутствующие пониженному риску СВДС.

37.Наиболее частые и достоверные причины развития СВДС.

38. Группы риска.

39. Посмертная морфологическая и лабораторная диагностика.

40.Дифференциальная диагностика

**Отработка практических умений и навыков** *Микроскопическое изучение гистологических препаратов.*

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам, в устной форме, в форме демонстрации практических навыков.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Ситуационная задача №1**

Больной 14 лет был госпитализирован с клинической картиной острого живота. Из анамнеза известно, что болен в течении 2 суток. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток. *Макроскопически* отросток увеличен, утолщен до 1,5 см., серозная оболочка гиперемирована, тусклая с наложениями фибрина. На разрезе ткань светло-серая, в просвете зеленовато-серое густое содержимое. *Микроскопически* все слои стенки аппендикса диффузно инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, в слизистой оболочке — выраженная гиперемия сосудов, фокусы некроза.

1. Назовите основное заболевание и его форму.

2. Назовите не деструктивные формы заболевания, их отличия.

3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания.

4. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию.

**Ситуационная задача № 2**

Мальчик 4 лет с жалобами, со слов матери, на слабость, похудание, снижение аппетита, периодический субфебрилитет. В крови умеренная анемия, повышение СОЭ. При обследовании в животе пальпируется плотное и гладкое объемное образование. УЗИ выявило опухолевидное образование правой почки. Произведена нефрэктомия. Макроскопически опухоль размерами 10см прилежит к лоханке, хорошо отграниченная от ткани почки, на разрезе беловатая с очагами некроза, кровоизлияний и множественными тонкостенными кистами. *Гистологически* опухолевая ткань состоит из солидных полей и тяжей клеток с овальным и круглым ядром, в центре которых формируются трубочки, напоминающие почечные канальцы, имеются образования, сходные с почечными клубочками. Между полями эпителиальных клеток располагается рыхлая незрелая соединительная ткань с вытянутыми клетками и наличием групп гладких и поперечнополосатых мышечных волокон, сосудов разного калибра, жировой ткани.

1.Поставьте гистологический диагноз, отметьте степень дифференцировки опухоли.

2.Назовите этиопатогенетические факторы, ведущие к развитию заболевания.

3.Назовите морфологический критерий опухоли.

4.Назовите благоприятные и неблагоприятные в прогностическом отношении гистологические варианты данной опухоли.

**Ситуационная задача № 3**

У девочки 14 лет два года после удаления дермоидной кисты левого яичника и клиновидной резекции правого яичника появилось образование в малом тазу диаметром 20,0 см. Во время срочного интраоперационного исследования обнаружена опухоль кистозно-солидного строения мягкой консистенции с множеством кист разного размера, часть из которых выполнена мутным геморрагическим содержимым. *При микроскопическом исследовании* в стенке кисты и солидных участках найдены зрелые эмбриональные структуры нескольких типов тканей и незрелая глиозная ткань.

1.Назовите разновидность опухолевидного образования.

2.Назовите тип данного новообразования.

3.Укажите источник его развития.

4.Назовите особенность течения новообразования.

5.Дайте морфологическую характеристику дермоидной кисты яичника.

**Ситуационная задача № 4**

У подростка 17 лет на профилактическом осмотре при не увеличенных размерах яичка обнаружено уплотнение. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина.

Макроскопически чётко отграниченный узел дольчатого строения, оттесняющий ткань яичка. На разрезе ткань желтовато-розового цвета, с очагами кровоизлияний. *При гистологическом исследовании* опухолевая ткань формирует альвеолярные гнёзда, образованные крупными, светлыми клетками полигональных очертаний с круглым ядром. Встречаются псевдожелезистые и криброзные структуры. В строме обнаруживаются многочисленные лимфоциты и гранулематозная инфильтрация. В сохранившейся части яичка между канальцами видны островки крупных клеток с ацидофильной цитоплазмой.

1.Назовите вид опухоли по степени дифференцировки.

2.Назовите гистологический вариант.

3.Назовите происхождение опухолевого процесса и источник развития.

4.Назовите фоновые патологические состояния.

5.Определите возможный прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 5**

Девочка 14 лет с жалобами на постоянные боли внизу живота, сукровичные выделения из половой щели, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больной себя считала более 8 месяцев, когда началось нарушение менструального цикла, проявлявшегося непрекращающимися кровянистыми выделениями. Трижды обращалась к гинекологу. Диагностирована дисфункция яичников, по поводу которой принимала кровоостанавливающие и гормональные средства. Лечение безуспешное. Была госпитализирована в городскую больницу. В периферической крови выявлены лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и гипохромная анемия. При гинекологическом исследовании шейка матки гипертрофированная, плотная, бочкообразная. Вся верхняя и средняя трети полости влагалища заняты экзофитной опухолью, «вколоченной» в просвет влагалища. Осуществлена тотальная гистерэктомия с 2/3 влагалища. Макроскопически: правые придатки, левая маточная труба и тело матки не изменены. Правый яичник замещен кистой, наполненной соломенно-желтой жидкостью, имевшей гладкие, блестящие внутреннюю и наружную оболочки, капсулы. Шейка матки представлена опухолью размером 8Х6 см, исходящую из слизистой цервикального канала, инфильтрирующую тотально всю мышцу и прорастающую в задний влагалищный свод. *При гистологическом исследовании* в яичнике фолликулярная киста. Эндометрий — без особенностей. Опухолевая ткань состоит из крупных светлых клеток, типа сапожного гвоздя с большой шляпкой, с выраженной атипией и многочисленными митозами, строма гиалинизирована.

1.Поставьте гистологический диагноз.

2.Назовите разновидность опухолевого процесса.

3.Объясните механизм развития патологии.

4.Объясните, с чем может быть связана поздняя диагностика данной патологии.

5.Определите прогноз заболевания.

**Ситуационная задача № 6**

У женщины, больной туберкулёзом, умер 3-месячный ребёнок от разлитого перитонита. На вскрытии обнаружены: перфоративная язва тощей кишки, плотные мезентериальные лимфатические узлы, на разрезе представленные серо-желтыми массами творожистого вида. *При микроскопическом исследовании* в стенки тощей кишки участок казеозного некроза, распространяющийся на все слои, на париетальной и висцеральной брюшине казеозно-некротические язвы. Вокруг некроза клеточный инфильтрат представленный эпителиоидными клетками, лимфоцитами и единичными клетками Пирогова-Лангханса. В мезентериальных лимфатических узлах идентичная гистологическая картина.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите локализацию органных поражений, морфологическую форму патологического процесса.

3.Назовите осложнение основного заболевания.

4.Объясните механизм развития осложнений.

**Ситуационная задача № 7**

Труп ребенка 1,5 года истощенного. *При вскрытии*: в правом легком под плеврой патологический очаг бело-желтого цвета около 2 см. Лимфатические узлы корней легких увеличены до 2 см. в поперечнике, с подобными участками бело-желтого цвета, консистенции свежего, мягкого творога. Ткань обоих легких отечная, во всех отделах видны множественные мелкие белесоватые очаги размерами с просяное зерно. Такие же очажки имеются в брюшине, плевре и мозговой оболочке, которая утолщена, желатиноподобного вида.

*При микроскопическом исследовании* мелкие очажки представлены гранулемами, в центре которых некроз и инфильтрация эпителиоидными клетками по периферии. Очаг под плеврой и ткань лимфатического узла ворот корня легкого представлены казеозным некрозом.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите клинико-морфологическую форму прогрессирования данной патологии.

3.Назовите морфологический субстрат основного заболевания.

4.Назовите гистологический патогномоничный признак данного заболевания.

5.Назовите причину смерти.

**Ситуационная задача № 8**

В реанимационное отделение с приступом удушья доставлен ребёнок 9 лет. В гортани и трахеи обнаружены серо-жёлтые легко отделяющиеся плёнки, обтурирующие просвет. После операции трахеостомии дыхание было восстановлено, но через неделю повысилась температура тела до 37,5 С, появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, в лёгких стали выслушиваться влажные хрипы.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2.Назовите осложнение основного заболевания и его составляющие.

3.Назовите патологический процесс, способствующий ухудшению

состояния ребенка, объясните механизм его развития.

4.Назовите редко встречающиеся формы заболевания.

5.Перечислите возможные общие осложнения основного заболевания.

**Ситуационная задача № 9**

У ребёнка 5 лет появились боли в горле, повысилась температура тела. На 2-й день от начала заболевания выявлена мелкоточечная ярко-красная сыпь, покрывающая поверхность тела, за исключением носогубного треугольника. При осмотре горла - ярко-красные зев, малиновый язык, миндалины увеличены, на поверхности сероватая пленка, плотна соединенная с подлежащей тканью, после отторжения которой остаются глубокие дефекты - язвы, некоторые с гнойным расплавлением. В перитонзиллярной ткани — отек, мелкие кровоизлияния.

1.Назовите основное заболевание.

2.Назовите воспалительную тканевую реакцию в месте входных ворот.

3.Назовите заболевания с экзантемой, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.

4. Назовите формы тяжелого течения болезни и их проявления.

**Ситуационная задача №10**

У девочки 15 лет поднялась температура, появились боли в горле, миндалины воспалились по типу фолликулярной ангины. В крови уровень гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов снижены, количество лейкоцитов повышенно. Увеличились шейные лимфатические узлы, селезенка и печень. Появилась розеолезная сыпь на лице, туловище, конечностях, на слизистых оболочках петехиальные кровоизлияния, мелена. Девочка умерла. На вскрытии: увеличение периферических и висцеральных лимфатических узлов, селезенки и печени. Глоточные миндалины увеличены, слизистая оболочка зева гиперемирована с кровоизлияниями. *При микроскопическом исследовании* лимфатических узлов и селезенки наличие крупных лимфобластных клеток с большим количеством митозов. В междольковой соединительной ткани печени – обильные инфильтраты из крупных мононуклеарных клеток.

1.Назовите основное заболевание, его форму.

2**.**Назовите характерный признак в формуле крови при этом заболевании.

3.Объясните, чем обусловлено развитие кровоизлияний.

4.Назовите цитогенетические прогностические признаки при данной патологии.

**ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Ситуационная задача № 1**

1. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит.

2. Простой аппендицит характеризуется нарушением внутриорганного кровообращения, болевым приступом на фоне ишемических расстройств.

Поверхностный аппендицит связан с формированием в слизистой оболочке фокуса гнойного воспаления.

3. Периаппендицит, мезентериолит, перитонит, пилефлебитические абсцессы, гангренозный аппендицит.

4. Дифференциальная диагностика с заболеваниями органов брюшной полости, характеризующихся клиникой острого живота.

**Ситуационная задача № 2**

1.Нефробластома. (Злокачественная опухоль Вильмса).

2.Мутация генов, участвующих в регуляции развития первичного нефрона,

-семейный онкологический анамнез (один и более родственников, которые перенесли такое же заболевание),

-возраст родителей,

-риск развития опухоли у детей, чьи отцы работают на химических предприятиях,

·наличие врожденных дефектов: аниридия, наличие крупного языка, гемигипертрофия, недоразвитие половых органов, чаще у мальчиков.

3.Морфологический критерий нефробластомы - недифференцированная опухолевая ткань или нефрогенные структуры, имеющие разную степень дифференцировки, причем эпителиальные и соединительнотканные элементы встречаются в различных сочетаниях.

.4.Мультикистозные, тубулярные и фиброаденоматозные формы опухоли –благоприятный прогноз, светлоклеточная саркома и рабдоидная формы опухоли - имеют склонность к отдаленному метастазированию, особенно, в головной мозг.

**Ситуационная задача№3**

1.Незрелая тератома

2.Относиться к типу злокачественных герминогенных опухолей.

3.Развивается из зародышевых листков.

4.Растет быстро и нередко дает метастазы.

5.Дермоидная киста представлена однокамерной кистой с фиброзной стенкой содержит сальный материал и волосы, хрящевую ткань, с участками обызвествления, иногда зубы. Относится к зрелым тератомам.

**Ситуационная задача №4**

1.Злокачественная опухоль яичка.

2.Семинома.

3.Дисгерминогенная опухоль. Источник развития - мономорфные зародышевые эпителиоциты.

4.а) Крипторхизм. У четверти всех пациентов с семиномой наблюдается данная аномалия.

б) Нарушения гормонального фона, ведущие к атрофии яичка.

в) В возрасте до десяти лет – из-за большой выработки гормонов андрогенов.

5.Имеет высокий потенциал к инвазии в придатки яичка и другие ткани мошонки. Опухоль интенсивно метастазирует лимфогенным и гематогенным путями.

**Ситуационная задача №5**

1.Светлоклеточная аденокарцинома шейки матки.

2.Злокачественная эпителиальная опухоль.

3.Трансплацентарный эстрогенный канцерогенез. Тератогенный эффект эстрогенов при лечении в сроки до 8 нед беременности, в период эмбриональной закладки нижнего отдела женских половых органов.

4.Поздняя диагностика связана с недостаточным обследованием и постановкой нередко, ошибочного диагноза «Ювенильное кровотечение».

5.Прогноз зависит от стадии опухолевого процесса. При неэффективности лечения обычно находят рецидивы в малом тазу и легочные метастазы.

**Ситуационная задача №6**

1.Первичный абдоминальный туберкулез.

2.Туберкулез кишечника, язвенная форма. Туберкулез мезентериальных лимфатических узлов.

3.Перфорация стенки тощей кишки. Экссудативный перитонит.

4.Мышечный слой и соединительнотканные структуры кишечной стенки, развиты у детей недостаточно. Подвздошная кишка несет наибольшую функциональную нагрузку, здесь часто замедляется продвижение пищевых масс, что ведет к нарушению микроциркуляции, а в условиях патологии это способствует выраженным деструктивным изменениям в ее стенки.

Развитие туберкулёзного мезаденита, связанно с лимфогематогенным распространением инфекции. Слизистая оболочка тонкой кишки у детей хорошо развита, имеет большое количество кровеносных и лимфатических капилляров большого диаметра и обладает повышенной проницаемостью и всасывающей способностью, что ведет к снижению барьерной функции слизистой оболочки и проникновению инфекции в мезентериальные лимфатические узлы.

**Ситуационная задача №7**

1.Первичный туберкулез легких.

2.Острый милиарный гематогенно-диссеминированный генерализованный

туберкулез.

3.Первичный туберкулезный комплекс: первичный аффект, лимфангит и

регионарный лимфаденит.

4.Специфическая гранулема.

5.Туберкулезный менингит.

**Ситуационная задача №8**

1.Дифтерия гортани и трахеи.

2.Истинный круп гортани: рефлекторный спазм, отек, механическая закупорка фибринозной пленкой.

3.Аспирационная пневмония развивается нисходящим путем, вследствие попадания в респираторный отдел легкого инфицированных пленок.

4.Дифтерия носа.   
 Дифтерия половых органов.   
 Дифтерия глаз.   
 Дифтерия кожи.   
 Комбинированные формы.

5.Инфекционно-токсический шок, миокардиты, моно- и полиневриты, включая поражения черепных, периферических нервов и полирадикулоневропатию, поражения надпочечников, токсический нефроз.

**Ситуационная задача №9**

1.Скарлатина.

2.Фибринозно-гнойно-некротическая тканевая реакция.

3.Псевдотуберкулез, стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом, корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция, ветряная оспа, аллергический дерматит.

4. -Токсическая форма – температура до 40° и выше, многократная рвота, нередко понос, судороги, прогрессирующая сердечно - сосудистая недостаточность.

-Септическая форма - некротическая ангина и фарингит, лимфаденит, аденофлегмона и гнойные осложнения со стороны ушей, придаточных полостей, суставов, поражение сердца, почек, гнойные плевриты, нередко сепсис.

-Токсико-септическая форма.

**Ситуационная задача №10**

1.Острый лимфобластный лейкоз.

2."Лейкемический провал": наличие бластных клеток при отсутствии промежуточных форм созревания - миелоцитов и метамиелоцитов в формуле крови.

3.Геморрагический синдром связан с тромбоцитопенией и с внутрисосудистым тромбозом, особенно при гиперлейкоцитозе.

4.Определение количества хромосом и их структурные изменения в лейкозных клетках: обнаружение филадельфийской хромосомы (Рh-хромосома) - цитогенетической аномалии, характеризующейся делецией или транслокацией 22q11, считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Гиперплоидия или ДНК-индекс (соотношение количества ДНК в лейкемических клетках и в клетках с нормальным диплоидным кариотипом) ассоциируется с хорошим прогнозом.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Образец зачетного билета**

*(При проведении промежуточной аттестации в форме* ***зачета*** *для ординаторов 1 года обучения)*

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Патологическая анатомия

направление подготовки (специальность) Патологическая анатомия

дисциплина Патологическая анатомия

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I.** Определение понятия «родовая травма». Дифференциация спонтанных и акушерских родовых травм.

**II.** Ателектаз легкого, причины, патогенез, морфология, исход.

**III.** Этиопатогенез краснухи. Клинико-морфологические изменения в органах плода. Факторы способствующие невынашиванию беременности.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор В.С. Полякова (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Микроскоп, микропрепарат.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-3готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Знать современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков; методы изучения и оценки состояния здоровья населения; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь анализировать медицинскую информацию о показателях здоровья взрослых и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций; составлять план, проводить сбор, обработку и анализ информации о состоянии здоровья населения, анализировать данные медицинских профилактических осмотров; уметь осуществлять организацию и проведение сбора информации о санитарно-гигиеническом состоянии населения; проводить расчеты основных показателей медико-статистического анализа оценки деятельности | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
| Владеть методикой сбора и анализа информации о состоянии здоровья взрослого и детского населения, условий жизни, обучения и воспитания; медико-статистическим анализом информации о показателях здоровья населения на уровне различных подразделений медицинских организаций | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 2 | ПК-4 [готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем](https://control.orgma.ru/(S(50rfsp0eeazuv4tgxsiofvu0))/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=914e4f65-a4fe-4e9e-b024-4d8f05862633&basicplanid=9017fee1-f508-45ef-934f-a46d0c57e7ee) | Знать Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ-10); принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти; нормативную документацию, принятую в здравоохранении - законы Российской Федерации; технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц. | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь анализировать информацию, полученную с помощью морфологических методов; обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления; определить причину смерти и сформулировать патологоанатомический диагноз; заполнять медицинское свидетельство о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти; | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
| Владеть навыками построения патологоанатомического диагноза, клинико-анатомические сопоставления (патологоанатомическая экспертиза), оформления и выдачи медицинского свидетельства о смерти. | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 3 | ПК-5 готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов | Знать Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ-10); нормативную документацию, принятую в здравоохранении - законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц; правила вскрытия умерших от карантинных и особоопасных инфекций с уче¬том особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, дезинфекцион¬ных средств, забора материала; особенности фиксации, сохранения кусочков и направления биопсийно-операционного материала на патогистологическое исследование; методики изготовления и окраски микропрепаратов гематоксилином и эозином, по методу Ван-Гизон, гистохимическое выявление амилоида (конго-рот) и слизи (ШИК-реакция); методику изготовления замороженных срезов и их окраски при цито-биопсии; сроки изготовления препаратов и выдачи патогистологических заключений при плановом и срочном гистологическом исследовании; сроки хранения гистологических препаратов больных разного профиля и правила их консультаций; теоретические основы иммуногистохимии и основных ее методов; основные принципы иммуногистохимической диагностики и классификации опухолей; специальные методы диагностики у секционного стола; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
|  |  | Уметь выбрать и вырезать нужные для гистологичесого исследования участки органов и тканей. Произвести забор секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических (цитогенетических), вирусологических, биохимических и других видов исследований. Выбрать оптимальные методы фиксации, обработки, окраски материала, определить необходимое для диагностики число гистологических препаратов; отобрать участки гистологического препарата для микрофотографирования, анализировать информацию, определить причину смерти и сформулировать патологоанатомический диагноз. оформить клинико-патологоанатомический эпикриз; исследовать гистологические препараты (секционный, операционный и биопсийный материал); | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
|  |  | Владеть навыками проведения патологоанатомических вскрытий взрослых путем эвисцерации, вскрытий трупов плодов и новорожденных, после хирургических вмешательств, интенсивной терапии и реанимации, с инфекционной патологией, построения патологоанатомического диагноза, клинико-анатомические сопоставления (патологоанатомическая экспертиза), проведения прижизненных морфологических методов исследования (биопсии), организации патологоанатомической службы; морфологической характеристикой основных общепатологических процессов; гистологической номенклатурой и классификацией болезней; медико-анатомическим понятийным аппаратом; современными методами морфологического исследования; навыками выявления основных структурных нарушений в организме, в том числе происходящих при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды; | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 4 | ПК-6 готовность к формированию у населения мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Знать причины и условия возникновения заболеваний с целью их ранней диагностики и предупреждения их развития; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь проводить лекции и беседы для целевых групп высокого риска по возникновению инфекций, передающихся преимущественно половым путём, о вреде наркомании алкоголизма. | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
|  |  | Владеть методами организации санитарно-просветительной работы с учениками, студентами и пациентами направленными на сохранение и укрепление здоровья | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |
| 5 | ПК-7 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Знать правовые вопросы в деятельности врача патологоанатома, нормативно-правовую базу работы с биологическим материалом и натуральными препаратами; правила техники безопасности и работы в прозектуре, гистологической лаборатории с реактивами и приборами; | вопросы № 1- 40;  тестирование |
| Уметь планировать профессиональную деятельность, руководить деятельностью медицинского персонала, | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач.  Реферат, доклад. |
| Владеть принципами и навыками профессионального взаимодействия в составе учреждений, способами оценки эффективности лечения; кодексом профессиональной этики патологоанатома. | Диагностика микропрепаратов, диагностика макропрепаратов.  Решение ситуационных задач. |