

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ (ЧАСТЬ 2).

ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ).

БОЛЕЗНИ ЭКЗОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ).

ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени – хроническое заболевание, сопровождающееся некрозом и дистрофией печеночных клеток, распространенным фиброзом и узловой регенерацией с развитием портальной гипертензии и печёночной недостаточности.

Термин цирроз печени (от греч. *kirrhos* - рыжий) ввёл Р. Лаэннек в 1819г., описывая плотную бугристую печень рыжего цвета у больного алкоголизмом.

Цирроз печени – процесс необратимый.

Этиология. Цирроз печени – полиэтиологическое заболевание, имеющее следующие причины:

- вирусные гепатиты В, С, D (острые и хронические формы);
- алкоголизм;
- болезни жёлчевыводящих путей;
- наследственные болезни (недостаточность α_1 -антитрипсина, болезнь Вильсона-Коновалова и др.);
- химические вещества, лекарственные препараты (изониазид, аминосалициловая кислота, цитостатики).

В 20% случаев этиологию цирроза установить не удастся.

Морфогенез цирроза складывается из нескольких этапов:

- Дистрофия и некроз гепатоцитов.
- Воспалительная инфильтрация в строме и паренхиме.
- Фиброз портальных трактов и в местах некроза паренхимы с формированием соединительнотканых широких и тонких прослоек (септ).
- Пролиферация гепатоцитов с развитием узлов-регенератов (ложных долек), окружённых септами. Ложные дольки отличаются отсутствием или периферическим расположением центральной вены, нарушением радиальной ориентации балок.
- Капилляризация синусоидов (появление в синусоидах соединительнотканной мембраны, нарушающей взаимодействие гепатоцитов с клетками стенки синусоида).

- Образование в соединительнотканых прослойках, окружающих ложные дольки, шунтов между воротной и печёночными венами.

- Нарастание дистрофии и некроза гепатоцитов.

Ведущим звеном в патогенезе цирроза печени являются некроз гепатоцитов и воспалительная реакция.

Классификации цирроза печени учитывают этиологические, морфологические, морфогенетические и клинико-функциональные критерии. Циррозы могут быть наследственными и приобретёнными.

С учетом этиологии различают следующие основные формы приобретённого цирроза печени:

- вирусный;
- алкогольный;
- билиарный (при длительном внутри или внепечёночном холестазае);
- смешанный;
- аутоиммунный;
- токсический (кроме алкогольного);
- обменно-алиментарный;
- криптогенный (с неустановленной причиной).

Исходя из морфогенеза различают следующие формы цирроза:

- постнекротический;
- портальный;
- смешанный.

Постнекротический цирроз печени развивается быстро, иногда в течение нескольких месяцев, как результат массивных некрозов паренхимы (центролобулярных, мостовидных). Он возникает после массивного токсического некроза печени, в исходе фульминантной (молниеносной) формы вирусного гепатита. В очагах некроза вследствие резорбции детрита происходит сближение портальных триад друг с другом. Для постнекротического цирроза характерно наличие в одном поле зрения микроскопа более трёх триад. На месте погибшей паренхимы появляются широкие фиброзные септы, разделяющие крупные узлы-регенераты. Эти изменения дополняет гидропическая и жировая дистрофия гепатоцитов. Возможны холестаз и пролиферация холангиол. В фиброзированной строме выявляется клеточная инфильтрация, главным образом, лимфоцитами, макрофагами. Постнекротический цирроз рано приводит к печеночно-клеточной недостаточности.

Портальный цирроз печени начинает формироваться с внедрения в дольки фиброзных септ из портальных трактов, на месте ступенчатых, порто-центральных и порто-портальных некрозов. Септы соединяют портальные тракты друг с другом и с центральными венами. Формируется тонкопетлистая соединительнотканная сеть, окружающая мелкие ложные дольки. К портальному циррозу чаще приводит хронический алкогольный или вирусный гепатит. Этот цирроз развивается медленно, в течение ряда

лет, рано осложняется портальной гипертензией и позже – печечно-клеточной недостаточностью.

Смешанный цирроз обладает признаками как постнекротического, так и портального, долго протекает бессимптомно.

Морфологическая классификация включает следующие формы:

- мелкоузловой цирроз (узлы-регенераты диаметром до 3 мм);
- крупноузловой (узлы-регенераты диаметром от 3 мм до 5 см);
- смешанный;
- неполный септальный.

Мелкоузловым (микронодулярным) является портальный цирроз печени, крупноузловым – постнекротический.

Неполный септальный цирроз представляет собой раннюю стадию процесса, характеризующуюся невыраженной регенерацией, тонкими, неполными септами, отсутствием ложных долек.

Осложнения цирроза печени характеризуют стадии заболевания. Основными из них являются портальная гипертензия и печеночная недостаточность.

Синдром портальной гипертензии – повышение давления в портальной вене объясняется сопротивлением току крови в печени вследствие диффузного фиброза. Это приводит к асциту, застойной спленомегалии и наполнению кровью portoкавальных и кавакавальных анастомозов в нижней трети пищевода, кардиальном отделе желудка, на передней брюшной стенке, геморроидальном сплетении. Варикозное расширение вен пищевода и желудка нередко служит причиной их разрыва и кровотечения, подчас смертельного. Кровотечение из геморроидальных вен менее интенсивное. Возможен тромбоз воротной вены, развитие гепатоцеллюлярной карциномы.

Гепатолиенальный синдром – увеличение печени и селезенки сопровождающиеся гиперспленизмом. При этом синдроме наблюдается снижение количества форменных элементов в крови (лейкопения, тромбоцитопения, анемия) и увеличение количества клеток в костном мозге. На фоне этого развивается геморрагический синдром.

При циррозе печени страдают другие органы и системы. Имеют место эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, недостаточность экскреторной функции поджелудочной железы, синдром недостаточности всасывания в кишечнике, гиповитаминоз, нарушения половой функции, психические расстройства, связанные с развитием токсической энцефалопатии, иногда присоединяется бактериальная инфекция, спонтанный перитонит при асците, сепсис.

В терминальной стадии нарастает печёчно-клеточная недостаточность, завершающаяся печёночной комой.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Среди опухолей печени преобладают (95% случаев) **злокачественные новообразования**:

- гепатоцеллюлярная карцинома (85% случаев первичных злокачественных опухолей);
- холангиоцеллюлярный рак (5-10%);
- гемангиосаркома (редко).

Гепатоцеллюлярная карцинома (печеночно-клеточный рак) – злокачественная опухоль из гепатоцитов. Основным этиологическим фактором является инфицирование вирусом гепатита С и В. В большинстве наблюдений опухоль возникает на фоне цирроза печени. Макроскопически имеет вид одного или нескольких узлов светло-коричневого или зеленого цвета. Для печеночно-клеточного рака характерна инвазия в сосуды, часто вызывающая тромбоз воротной вены.

Холангиоцеллюлярный рак (холангиоцеллюлярная аденокарцинома) – злокачественная опухоль из эпителия жёлчных протоков. Не связана с вирусным гепатитом и циррозом печени. Опухоль имеет экспансивный, инфильтрирующий или смешанный характер роста. Опухоль напоминает по микроскопическому строению аденокарциному других органов, что требует дифференциальной диагностики с метастатическим поражением печени.

Метастазирует рак печени как лимфогенно (околопортальные лимфатические узлы, брюшина), так и гематогенно (легкие, кости). Метастазы, как и основной узел гепатоцеллюлярного рака, иногда зеленого цвета, что связано с сохранившейся способностью раковых клеток к секреции желчи.

Без лечения прогноз при раке печени неблагоприятный. Большая часть пациентов погибает в течение нескольких месяцев от печеночной недостаточности, кровотечения в брюшную полость из распадающихся узлов опухоли, перитонита, кахексии, пневмонии и других причин.

В клинической практике нередко наблюдается вторичное метастатическое поражение печени. В основном диагностируются метастазы опухолей желудочно-кишечного тракта, лёгких, молочных желёз, почек. Даже при замещении опухолью до 80% ткани органа, печёночно-клеточная недостаточность возникает редко.

Наиболее частые **доброкачественные опухоли**:

- кавернозная гемангиома,
- гепатоцеллюлярная аденома.

Обе опухоли чаще развиваются у женщин, принимающих оральные контрацептивы, могут осложниться внутрибрюшным кровотечением.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Холецистит – воспаление желчного пузыря разной этиологии.

Основными причинами холецистита служат желчнокаменная болезнь и инфекция (восходящая из просвета кишки и распространяющаяся по лимфатическим или кровеносным сосудам).

Камни в жёлчном пузыре (холелитиаз) присутствуют у 10-20% взрослого населения. В большинстве случаев они не вызывают никаких симптомов.

Существует много **факторов риска** камнеобразования:

- наследственные факторы,
- ожирение,
- женский пол,
- сахарный диабет,
- применение оральных контрацептивов,
- пожилой возраст,
- повторные роды и др.

Считается, что в механизме образования камней имеют значение застой жёлчи, изменение её состава, инфекции желчевыводящих путей.

По составу различают:

- холестериновые,
- пигментные,
- кальциевые камни.

Размеры, внешний вид, количество, плотность конкрементов значительно варьируют.

Выделяют четыре **морфологических формы острого холецистита**, каждая из которых имеет свое клиническое значение:

- катаральный;
- гнойный (флегмонозный);
- гангренозный холецистит.

Острый катаральный холецистит характеризуется отеком, полнокровием стенки пузыря, воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки лимфоцитами, сегментоядерными лейкоцитами. В операционном материале встречается нечасто, поскольку поддается консервативной терапии.

Гнойный (флегмонозный) холецистит отличается диффузной воспалительной инфильтрацией преимущественно полиморфноядерными лейкоцитами всех слоев стенки желчного пузыря. Слизистая оболочка с кровоизлияниями, изъязвлена.

Гангренозный холецистит сопровождается обильной воспалительной инфильтрацией и тотальными или очаговыми некрозами стенки, которые возникают под воздействием микробов или вследствие местных гемодинамических расстройств (тромбоз пузырьной артерии).

Острый холецистит имеет различные осложнения:

- перитонит при флегмонозном и гангренозном холецистите;

- пролежень в месте расположения камня, прободение (перфорация) стенки пузыря, приводящая к желчному перитониту;
- эмпиема пузыря, развивающаяся при закрытии камнем пузырного протока и скоплении гноя в полости органа;
- гнойный холангит и холангиолит, перихолецистит с образованием спаек;
- наружный или внутренний свищ;
- острый панкреатит.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хронический холецистит развивается в исходе острого. Его характеризуют следующие морфологические проявления:

- инфильтрация слизистой оболочки или всех слоев стенки пузыря мононуклеарными клетками;
- атрофия или гипертрофия слизистой оболочки, мышечного слоя желчного пузыря;
- склероз стенки желчного пузыря;
- петрификация.

К исходам хронического холецистита относятся **мукоцеле** пузыря (накопление слизи в полости) и его **водянка** (накопление прозрачной жидкости с атрофией стенки).

При обострении хронический холецистит требует той же тактики лечения, что и острый, поскольку приводит к тем же осложнениям.

БОЛЕЗНИ ЭКЗОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Поджелудочная железа вырабатывает панкреатический секрет, который содержит ферменты, необходимые для переваривания жиров, белков и углеводов. Основные протеолитические ферменты – трипсин, химотрипсин, липолитические – липаза, фосфолипаза и амилитические – амилаза, лактаза. Сама поджелудочная железа не подвергается действию ферментов, так как их активация происходит после выделения в двенадцатиперстную кишку.

Наиболее частыми патологическими процессами экзокринной части поджелудочной железы являются воспалительные и опухолевые.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит – быстро прогрессирующее деструктивное и воспалительное поражение поджелудочной железы.

Патогенез острого панкреатита главным образом связан с ферментативным перевариванием органа, приводящим к асептическому

воспалению. Острый панкреатит имеет различные **этиопатогенетические варианты**:

- Рефлюкс-панкреатит (обтурационный панкреатит), вызванный нарушением оттока желчи и панкреатического секрета при заболеваниях двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка.

- Билиарный панкреатит, наблюдающийся при патологии внепеченочных желчевыводящих путей с их обструкцией.

- Панкреатит, обусловленный избыточной пищевой нагрузкой.

- Алкогольный, токсический, в т.ч. лекарственный панкреатит.

- Ишемический панкреатит, развившийся при нарушениях гемодинамики в железе.

Панкреатит зачастую развивается как осложнение других заболеваний, таких как холецистит, холангит, вирусный гепатит, пенетрации хронической язвы в поджелудочную железу, при её опухолях, травмах. Иногда панкреатит развивается после холангиографии, папиллосфинктеротомии.

Патоморфология. При остром панкреатите в поджелудочной железе развиваются следующие изменения:

- отек;

- жировые некрозы (панкреонекроз);

- кровоизлияния (геморрагический панкреатит);

- фокусы нагноения;

- секвестры.

Различают следующие **клинико-морфологические формы острого панкреатита**: интерстициальный, деструктивный.

Интерстициальный панкреатит представляет собой его отечную форму – серозный панкреатит с мелкоочаговым панкреонекрозом. Имеет рецидивирующее течение с исходом в фиброз поджелудочной железы.

Деструктивный панкреатит (панкреонекроз) имеет три варианта:

- геморрагический панкреатит выражается в геморрагическом пропитывании некротизированных участков железы;

- жировой панкреонекроз протекает с преобладанием жировых коагуляционных некрозов паренхимы (стеатонекрозов) различной степени распространенности;

- гнойно-некротический панкреатит возникает в результате присоединения вторичной инфекции, представляя собой «вторую» волну процесса с тяжелой эндогенной интоксикацией.

Осложнения острого панкреатита довольно разнообразны:

- шок, вызванный интоксикацией и коллапсом;

- острая почечная недостаточность;

- абсцесс, флегмона поджелудочной железы;

- асептический, ферментативный затем бактериальный перитонит;

- острый панкреатогенный сахарный диабет;

- механическая желтуха;

- сепсис;

- свищи;

- аррозивное кровотечение и др.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит – хроническое воспаление поджелудочной железы, развивающееся вследствие рецидивов острого панкреатита или как самостоятельный процесс.

Этиология. Наиболее частой причиной хронического панкреатита является злоупотребление алкоголем, особенно в совокупности с избыточным поступлением белков с пищей. Это ведет к повышению концентрации протеинов в панкреатическом соке с образованием белковых пробок и камней в протоках железы с последующим воспалением, склерозом, атрофией паренхимы. При преобладании склероза говорят об **индуративном панкреатите**.

Патоморфология. Проявления хронического панкреатита отличаются преобладанием склеротических и атрофических процессов:

- фиброзные изменения в железе с рубцовой деформацией, нарушением проходимости протоков, образованием кист;
- неравномерная регенерация паренхимы;
- атрофия железы;
- обызвествление.

При хроническом панкреатите возможно развитие синдрома мальабсорбции, вторичного сахарного диабета.

Макропрепараты:

№ 262. Мелкоузловой цирроз печени.

Фрагмент печени плотной консистенции с мелкобугристой поверхностью желтого цвета. На поверхности разреза структура печени представлена плотно расположенными узлами, размером до 0.5 см с тонкими прослойками белесоватой ткани.

№ 473. Варикозно расширенные вены пищевода.

Фрагмент пищевода со стороны слизистой, где выявляются расширенные вены.

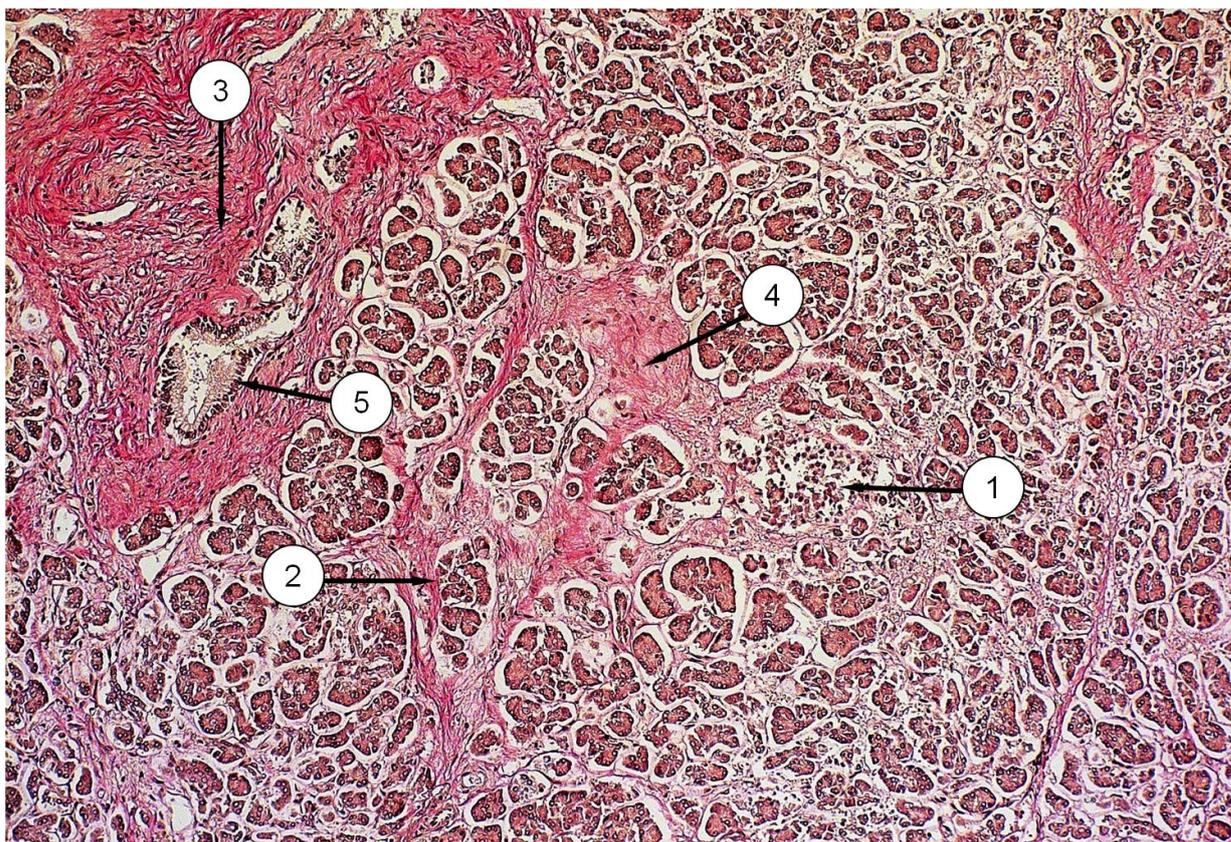
Клиническое значение.

Цирроз печени характеризуется диффузным разрастанием соединительной ткани со структурной перестройкой органа, в результате чего формируются структурно аномальные узлы. В одних случаях цирроз печени формируется достаточно быстро (в течение недель), в других на развитие цирроза уходят годы. Для достоверной верификации цирроза печени всегда необходимо гистологическое исследование. При гистологической оценке печени большое значение имеют следующие критерии: тип цирроза (моно-,

мультилобулярный), степень фиброза (слабо, умеренно, сильно выраженный), а также степень активности, которая верифицируется на основании выраженности некрозов паренхимы и воспалительной инфильтрации. В структуре наиболее частых причин цирроза следует выделить вирусные гепатиты и хронический алкоголизм. Среди вирусных гепатитов наиболее часто к циррозу приводит гепатит С. Весьма опасно сочетание некоторых форм вирусного гепатита (В и D, В и С), или сочетание вирусного гепатита с хроническим алкоголизмом. В 20% случаев этиологию цирроза установить не удастся (криптогенный цирроз). Среди других причин цирроза печени можно выделить различные патологии, сопровождающиеся холестазами (первичный и вторичный билиарный циррозы), гемохроматоз, болезнь Вильсона, кардиальный цирроз и т.д. Характерная клиническая картина цирроза и развитие осложнений обычно обусловлены синдромом портальной гипертензии – повышением давления в системе портальной вены, как результат ухудшения оттока крови через печень. Характерные проявления синдрома портальной гипертензии – асцит, спленомегалия, варикозное расширение порто-кавальных анастомозов. Наиболее частые осложнения цирроза печени – печеночно-клеточная недостаточность, гепаторенальный синдром, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Микропрепараты: Индуративный панкреатит.

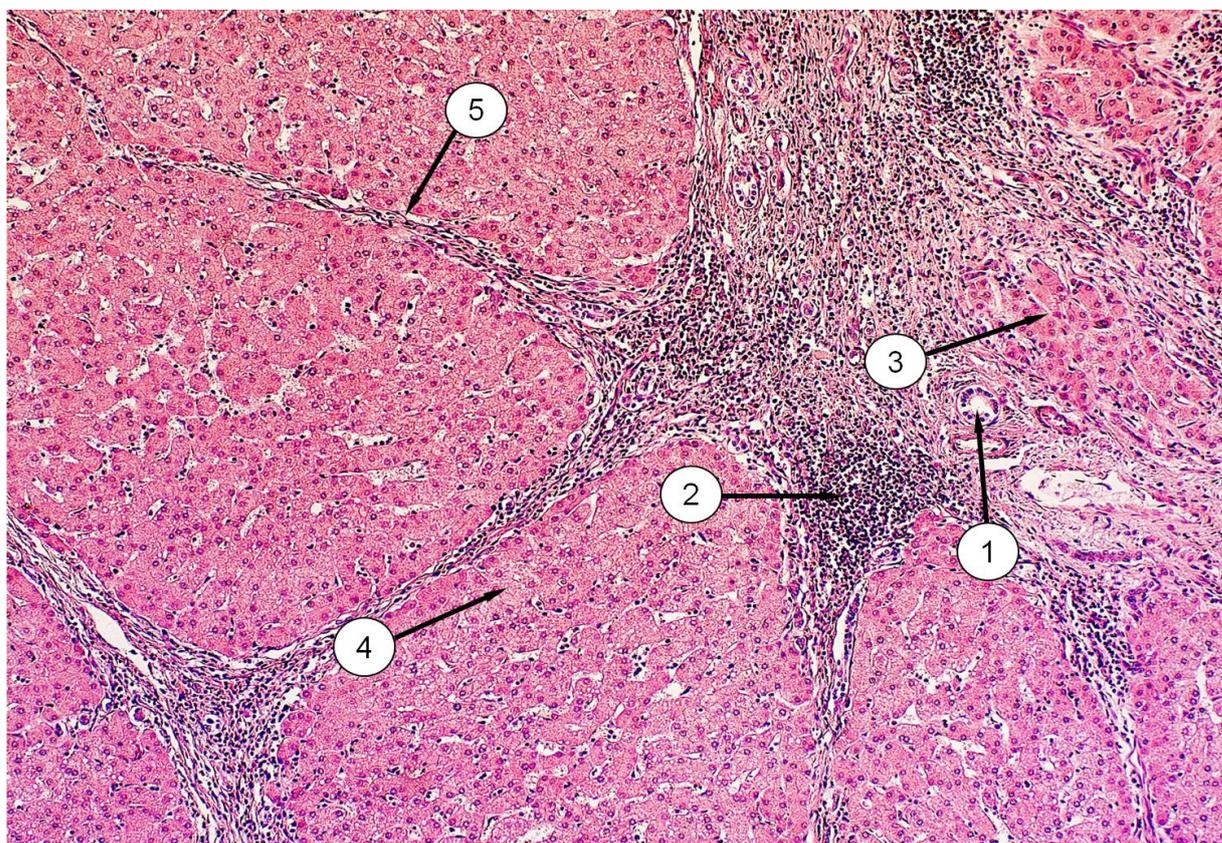
В микропрепарате представлена ткань поджелудочной железы, в которой определяется диффузный склероз с разрастанием соединительной ткани вокруг протоков, и долек. Паренхима с явлениями неравномерной атрофии.



1 - островок Лангерганса; 2 – атрофичные дольки; 3 - выраженный перидуктальный склероз;
4 – междольковый склероз; 5 – выводной проток железы.

Цирроз печени

В микропрепарате представлена ткань печени с массивными разрастаниями соединительной ткани в портальных трактах с формированием септ и «ложных долек» (узловая регенерация гепатоцитов). Имеют место выраженная воспалительная клеточная инфильтрация портальных трактов и пролиферация желчных протоков



1 – желчный проток; 2 - воспалительная инфильтрация портального тракта; 3 - «ложная долька»; 4 – цитоплазма гепатоцитов; 5 септа.

Тестовые задания:

001. ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ НЕКРОЗОМ И ДИСТРОФИЕЙ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК, РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФИБРОЗОМ И УЗЛОВОЙ РЕГЕНЕРАЦИЕЙ

- 1) фиброз печени
- 2) стеатоз печени
- 3) гепатит
- 4) цирроз печени
- 5) массивный некроз печени

Правильный ответ: 4

002. ФОРМИРУЕТСЯ ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ В ДОЛЬКИ ФИБРОЗНЫХ СЕПТ ИЗ ПОРТАЛЬНЫХ ТРАКТОВ

- 1) портальный цирроз
- 2) смешанный цирроз
- 3) аутоиммунный цирроз
- 4) постнекротический цирроз
- 5) крупноузловой цирроз

Правильный ответ: 1

003.ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВНУТРИ- ИЛИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) крупноузловой цирроз
- 2) смешанный цирроз
- 3) аутоиммунный цирроз
- 4) постнекротический цирроз
- 5) билиарный цирроз

Правильный ответ: 5

004.УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ЛЕЙКОПЕНИЕЙ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ, АНЕМИЕЙ

- 1) портальная гипертензия
- 2) гепатолиенальный синдром
- 3) гепаторенальный синдром
- 4) постнекротический синдром
- 5) гепатоспленомегалия

Правильный ответ: 2

005.ВАРИАНТ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) фибринозный
- 2) геморрагический
- 3) катаральный
- 4) серозный
- 5) дифтеритический

Правильный ответ: 2

006.ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

- 1) холангиосаркома
- 2) гепатома
- 3) гепатоцеллюлярная карцинома
- 4) холангиоцеллюлярный рак
- 5) холангома

Правильный ответ: 4

007.ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

- 1) гепатит
- 2) холангит
- 3) холестаз
- 4) холелитиаз
- 5) холецистит

Правильный ответ: 5

008.ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТЕКОМ, ПОЛНОКРОВИЕМ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЛИМФОЦИТАМИ, ЛЕЙКОЦИТАМИ

- 1) острый катаральный холецистит
- 2) хронический атрофический холецистит
- 3) гнойный холецистит
- 4) гангренозный холецистит
- 5) флегмонозный холецистит

Правильный ответ: 1

009.ОТЛИЧАЕТСЯ ДИФфуЗНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫМИ ЛЕЙКОЦИТАМИ ВСЕХ СЛОЕВ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) острый катаральный холецистит
- 2) хронический атрофический холецистит
- 3) флегмонозный холецистит
- 4) гангренозный холецистит
- 5) атрофический холецистит

Правильный ответ: 3

010.СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОБИЛЬНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ И НЕКРОЗАМИ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) острый катаральный холецистит
- 2) гнойный холецистит
- 3) хронический холецистит в фазе обострения
- 4) гангренозный холецистит
- 5) флегмонозный холецистит

Правильный ответ: 4

011.ИНФИЛЬТРАЦИЯ МОНОНУКЛЕАРНЫМИ КЛЕТКАМИ, АТРОФИЯ ИЛИ ГИПЕРТРОФИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ПЕТРИФИКАЦИЯ, СКЛЕРОЗ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

- 1) хронический холецистит вне обострения

- 2) острый катаральный холецистит
- 3) гнойный холецистит
- 4) флегмонозный холецистит
- 5) хронический холецистит в фазе обострения

Правильный ответ: 1

012.В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) ишемия ацинарной ткани
- 2) курение
- 3) билиопанкреатический рефлюкс
- 4) липоматоз паренхимы
- 5) вирусная инфекция

Правильный ответ: 3

013.ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1) стеатонекрозы парапанкреатической клетчатки
- 2) пропитанные кровью очаги некроза
- 3) очаги гнойного воспаления
- 4) гиперплазия мелких протоков
- 5) геморрагическая инфильтрация участков склероза

Правильный ответ: 2

014.ХАРАКТЕРНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

- 1) гнойное воспаление портальных трактов
- 2) эктазия желчных протоков
- 3) гиалиново-капельная дистрофия гепатоцитов
- 4) узлы-регенераты из гепатоцитов
- 5) тельца Каунсильмена

Правильный ответ: 4

015.НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

- 1) сердечная недостаточность
- 2) пищеводное кровотечение
- 3) тромбоэмболия легочной артерии
- 4) кахексия
- 5) генерализованная инфекция

Правильный ответ: 2

016. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) расширение вен передней брюшной стенки
- 2) гидроторакс
- 3) гидроперикард

- 4) мускатная печень
- 5) цианотическая индурация селезенки

Правильный ответ: 1

017. РАЗМЕРЫ УЗЛОВ-РЕГЕНЕРАТОВ ПРИ КРУПНОУЗЛОВОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

- 1) до 3мм
- 2) до 5мм
- 3) от 3мм до 5см
- 4) от 3мм до 10мм
- 5) от 3мм до 5мм

Правильный ответ: 3

018. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ВСЕХ СЛОЕВ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) гангренозного холецистита
- 2) фибринозного холецистита
- 3) флегмонозного холецистита
- 4) катарального холецистита
- 5) хронического холецистита

Правильный ответ: 3

019. МОРФОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) криптогенный
- 2) билиарный
- 3) алкогольный
- 4) вирусный
- 5) портальный

Правильный ответ: 5

020. ФОРМА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С УЧЕТОМ ЕГО ЭТИОЛОГИИ

- 1) портальный
- 2) билиарный
- 3) смешанный
- 4) постнекротический
- 5) мелкоузловой

Правильный ответ: 2

021. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) интерстициальный
- 2) индуративный
- 3) гранулематозный
- 4) поликистозный
- 5) абсцедирующий

Правильный ответ: 1

022.ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) секвестры
- 2) липоматоз паренхимы
- 3) склероз, атрофия;
- 4) жировой панкреонекроз
- 5) отек

Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи:

Задача № 1.

Больной 60 лет, в течение 20 лет страдает хроническим алкоголизмом. При обследовании: на передней брюшной стенке видны расширенные вены, печень уменьшена в размерах, плотная, поверхность бугристая, пальпируется селезенка. Выполнена биопсия печени.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Макроскопические изменения печени.
3. Основные микроскопические изменения.
4. Патологический процесс, который предшествовал данному заболеванию.
5. Наиболее частые осложнения при данной патологии.

Задача № 2.

Смерть больной наступила от острой постгеморрагической анемии, вызванной массивным кровотечением из нижней трети пищевода. На аутопсии: печень уменьшена, плотной консистенции, имеет мелкобугристую поверхность. На разрезе состоит из многочисленных округлых узлов диаметром до 3мм, желто-коричневого цвета, окруженных тонкими серыми прослойками.

1. Диагноз.
2. Причина пищеводного кровотечения.
3. Другие возможные осложнения при этой патологии.
4. Основные причины данного заболевания.
5. Морфологическая форма заболевания у этой больной.

Задача № 3.

Больная 45 лет поступила в стационар с симптомами раздражения брюшины. При лапароскопическом исследовании в брюшной полости обнаружено большое количество геморрагически окрашенной жидкости и в печени субкапсулярно расположенное образование темно-вишневого цвета напряжённое с четкими границами.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какое осложнение развилось у данной пациентки?
3. Опишите микроскопические изменения в печени.

4. Факторы риска для развития данной патологии.
5. Наиболее частый вид злокачественных опухолей, развивающихся в печени.

Задача № 4.

Мужчина 38 лет длительно злоупотреблял алкоголем. После очередного приема алкогольных напитков и жирной пищи появились опоясывающие боли в области живота, был госпитализирован. В процессе обследования в крови выявлено резкое увеличение содержания сывороточной амилазы. Через несколько часов появились симптомы раздражения брюшины с резким падением артериального давления, наступила смерть.

1. Ваш диагноз.
2. Клинико-морфологическая форма данного процесса.
3. Перечислите варианты этой клинико-морфологической формы.
4. Непосредственная причина смерти.
5. Другие возможные осложнения данного заболевания.

Задача № 5.

Женщина 50 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боль в правом боку, тошноту, рвоту. Живот мягкий, печень не увеличена, отмечается болезненность при пальпации в правом подреберье, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Была проведена холецистэктомия. Макроскопически желчный пузырь увеличен в размерах, серозная оболочка тусклая с рыхлым желто-серым налетом, очагами кровоизлияний. В полости определяются многочисленные конкременты, стенка утолщена, слизистая оболочка рыхлая грязно-серого цвета, с наличием кровоизлияний, изъязвлена.

1. Диагноз.
2. Микроскопическая характеристика патологического процесса.
3. Осложнение, развившееся в данном случае.
4. Другие возможные осложнения данной патологии.
5. Морфологические формы данного заболевания.

Эталонные ответы:

Задача № 1.

1. Алкогольный цирроз печени.
2. Печень уменьшена, плотная, с мелкобугристой поверхностью. На разрезе состоит из мелких, менее 5мм в диаметре узелков (мелкоузловой цирроз).
3. Фиброз вокруг центральных вен (центролобулярный) и отдельных гепатоцитов (перицеллюлярный); фиброз в виде прослоек соединительной ткани вокруг групп гепатоцитов; стеатоз, некроз, апоптоз гепатоцитов; тельца Маллори.
4. Алкогольный гепатит.
5. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночная недостаточность.

Задача № 2.

1. Цирроз печени.
2. Портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода.
3. Печёчно-клеточная недостаточность, эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром недостаточности всасывания в кишечнике, спонтанный перитонит при асците, сепсис.
4. Вирусный гепатит, алкогольная интоксикация, длительный внутри- или внепечёночный холестаза.
5. Мелкоузловой цирроз.

Задача № 3.

1. Кавернозная гемангиома печени.
2. Внутрибрюшное кровотечение.
3. Опухоль, состоящая из различной величины и формы, расширенных и заполненных кровью сосудов. Стенки сосудистых полостей представлены соединительнотканными прослойками, выстланными прерывистым слоем эндотелиальных клеток.
4. Длительный прием оральных контрацептивов.
5. Гепатоцеллюлярная карцинома.

Задача № 4.

1. Острый панкреонекроз, спровоцированный приемом алкоголя и нарушением диеты.
2. Деструктивный панкреатит (панкреанекроз).
3. Геморрагический панкреатит; жировой панкреонекроз; гнойно-некротический панкреатит.
4. Шок, вызванный интоксикацией и коллапсом.
5. Острая почечная недостаточность; абсцесс, флегмона поджелудочной железы; асептический, ферментативный, затем бактериальный перитонит; острый панкреатогенный сахарный диабет; механическая желтуха; сепсис; свищи.

Задача № 5.

1. Острый флегмонозный холецистит.
2. Диффузная воспалительная инфильтрация преимущественно полиморфноядерными лейкоцитами всех слоев стенки желчного пузыря. Слизистая оболочка с кровоизлияниями, изъязвлена.
3. Перитонит.
4. Пролежень в месте расположения камня, прободение (перфорация) стенки пузыря, приводящая к желчному перитониту; эмпиема пузыря, развивающаяся при закрытии камнем пузырного протока и скоплении гноя в полости органа; гнойный холангит и холангиолит, перихолецистит с образованием спаек; наружный или внутренний свищ; острый панкреатит.
5. Катаральный; гнойный (флегмонозный); гангренозный холецистит.